

*Lääkekorvaustyöryhmä 2000:n*  
**loppuraportti**

---

# KUVAILULEHTI

<b>Julkaisija</b> Sosiaali- ja terveysministeriö		<b>Julkaisun päivämäärä</b> 14.6.2001	
<b>Tekijät</b> (toimielimestä: toimielimen nimi, puheenjohtaja, sihteeri) Lääkekorvaustyöryhmä 2000 Matti Toiviainen (pj.) Jaana Martikainen (siht.) Lauri Pelkonen (siht.) Sirpa Rinta (siht.)		<b>Julkaisun laji</b> Työryhmämuistio	
		<b>Toimeksiantaja</b> Sosiaali- ja terveysministeriö	
		<b>Toimielimen asettamispäivä</b> 1.3.2000	
<b>Julkaisun nimi</b> (myös ruotsinkielinen) Lääkekorvaustyöryhmä 2000:n loppuraportti (Slutrapport av arbetsgruppen för läkemedelsersättning 2000)			
<b>Julkaisun osat</b>			
<b>Tiivistelmä</b> Työryhmän tehtävänä oli selvittää lääkekorvausjärjestelmän toimivuus ja tarkoituksenmukaisuus kustannustehokkuus, nykyiset hoitokäytännöt, lääkealan kansainvälinen kehitys sekä eurooppalainen korvauskäytäntö huomioon ottaen.  Työryhmän näkemyksen mukaan nykyistä lääkekorvausjärjestelmää tulee uudistaa. Uudistaminen voisi tapahtua joko nykyjärjestelmän pohjalta tai kustannuksiin perustuvan, lääkekohtaisen omavastuun sisältävän mallin pohjalta. Näistä kahdesta mallista nykyjärjestelmään perustuva malli sai työryhmässä enemmän kannatusta.  Työryhmä on esittänyt, että sosiaali- ja terveysministeriö käynnistäisi pikaisesti selvitystyön, jonka tarkoituksena olisi selvittää nykyisin korvausjärjestelmän ulkopuolelle jäävien ja peruskorvattavien lääkevalmisteiden sekä erityiskorvattavien sairauksien ja lääkeaineiden uudelleen luokittelu siten, että korvausjärjestelmässä olisi peruskorvausluokka ja yksi erityiskorvausluokka. Asiantuntijaryhmän tulisi arvioida, tarvitaanko kaikissa erityiskorvattavissa sairauksissa B-todistusmenettelyä vai riittäisikö joissakin tapauksissa yksinkertaisempi menettely. Lisäksi tämän työryhmän tulisi selvittää edellytykset muuttaa erityiskorvattavia sairauksia ja lääkeaineita koskevat asetukset määräaikaisiksi sekä erityiskorvausluokan ajanmukaisuuden määräaikaisen arvioinnin menettelytapa ja arvioinnin toteuttava asiantuntijaorganisaatio. Tässä selvitystyössä tulee ottaa huomioon myös Euroopan yhteisön tuomioistuimessa parhaillaan käsiteltävänä oleva kanne Suomen valtiota vastaan, jossa erimielisyys koskee lähinnä erityiskorvausmenettelyä.  Työryhmän esille ottamiin kehittämismalleihin liittyy negatiivista eli korvausjärjestelmän ulkopuolelle jäävien lääkevalmisteiden luettelo ja harvinaislääkkeiden ja erityisluvallisten lääkevalmisteiden sekä merkittävien ja kalliiden lääkkeiden korvaaminen ja geneeristen lääkkeiden käytön lisääminen. Tarkoituksenmukaista olisi, että asiantuntijaryhmä selvitystyönsä yhteydessä ottaisi kantaa myös näihin kysymyksiin.  Vasta edellä mainitun asiantuntijaryhmän selvityksen valmistuttua on työryhmän näkemyksen mukaan mahdollista tarkemmin vertailla mainittujen kehittämismallien todellisia eroja sekä arvioida nykyjärjestelmän pohjalta kehitettävän korvausjärjestelmän vaikutuksia potilaalle ja yhteiskunnalle. Työryhmän arvion mukaan lääkekorvausjärjestelmään tehtävät muutokset olisi teknisesti mahdollista saattaa voimaan muutosten laajuudesta riippuen 1,5 – 3 vuoden kuluessa siitä, kun hallituksen esitys on annettu.			
<b>Avainsanat:</b> (asiasanat) Lääke, lääkekorvausjärjestelmä, lääkekustannukset, sairausvakuutus			
<b>Muut tiedot</b>			
<b>Sarjan nimi ja numero</b> Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2001:15		<b>ISSN</b> 1237-0606	<b>ISBN</b> 952-00-0996-5
<b>Kokonaissivumäärä</b> 92	<b>Kieli</b> suomi	<b>Hinta</b> 86 mk	<b>Luottamuksellisuus</b> julkinen
<b>Jakaja</b> STM:n julkaisumyynti, PL 536, 33101 Tampere, puh. (03) 260 8158 ja 260 8535, fax (03) 260 8150		<b>Kustantaja</b> Sosiaali- ja terveysministeriö	

# PRESENTATIONSBLAD

<b>Utgivare</b> Social- och hälsovårdsministeriet	<b>Utgivningsdatum</b> 14.6.2001		
<b>Författare</b> (uppgifter om organet: namn, ordförande, sekreterare) Arbetsgruppen för läkemedelsersättning 2000 Ordförande, Matti Toiviainen Sekreterare: Jaana Martikainen Lauri Pelkonen Sirpa Rinne	<b>Typ av publikation</b> Promemoria		
	<b>Uppdragsgivare</b> Social- och hälsovårdsministeriet		
	<b>Datum för tillsättandet av organet</b> 1.3.2000		
<b>Publikation (även den finska titeln)</b> Slutrapport av arbetsgruppen för läkemedelsersättning 2000 (Lääkekorvaustyöryhmä 2000:n loppuraportti)			
<b>Publikationens delar</b>			
<b>Referat</b> Arbetsgruppen hade till uppgift att utreda hur systemet för läkemedelsersättning fungerar samt hur ändamåls- enligt det är med beaktande av kostnadseffektiviteten, den nuvarande praxisen, den internationella utvecklingen inom läkemedelsbranschen samt den europeiska ersättningspraxisen. Enligt arbetsgruppen borde det nuvarande systemet för läkemedelsersättning reformeras. Reformeringen kan ske antingen utgående från det nuvarande systemet eller från en modell som baserar sig på kostnader och som innefattar en självrisk för varje enskilt läkemedel. Av dessa två modeller fick modellen som baserar sig på det nuvarande systemet mera understöd. Arbetsgruppen föreslår att social- och hälsovårdsministeriet snabbt startar en utredning, vars syfte är att utreda en ny klassificering av läkemedel som faller utanför det nuvarande ersättningssystemet och som omfattas av grundersättning samt sjukdomar och läkemedel som omfattas av specialersättning, så att ersättningssystemet har en grundersättningsklass och en specialersättningsklass. En arbetsgrupp bestående av sakkunniga skall bedöma om det för alla sjukdomar som omfattas av specialersättning behövs ett B-intyg eller om det i vissa fall räcker med ett enklare förfarande. Vidare skall denna arbetsgrupp utreda förutsättningarna för att göra förordningarna angående sjukdomar och läkemedel som omfattas av specialersättning tidsbundna. Arbetsgruppen skall även utreda på vilket sätt man regelbundet kan bedöma ersättningsklassernas tidsenlighet samt vilken sakkunnigorganisation som skall genomföra denna bedömning. I denna utredning skall även beaktas det käromål mot finska staten som behandlas som bäst vid Europeiska gemenskapens domstol, där meningsskiljaktigheten främst gäller förfarandet med specialersättningar. I de modeller som arbetsgruppen tagit fram ingår en negativ lista, dvs. en förteckning över läkemedel som faller utanför ersättningssystemet, ersättning av sår läkemedel och läkemedelspreparat som kräver särskilt tillstånd samt viktiga och dyra läkemedel och en ökad användning av generiska läkemedel. Det vore ändamålsenligt om sakkunnigarbetsgruppen även tog ställning till dessa frågor i sin utredning. Först efter att den ovan nämnda sakkunnigarbetsgruppen blivit färdig med sin utredning är det enligt arbets- gruppens uppfattning möjligt att närmare jämföra de verkliga skillnaderna mellan de ovan nämnda modellerna samt bedöma vilka verkningar ett ersättningssystem som utvecklas utifrån det nuvarande systemet har för patienterna och samhället. Enligt arbetsgruppens bedömning är det, beroende på ändringarnas omfattning, tekniskt möjligt att sätta i kraft ändringarna i systemet för läkemedelsersättning inom 1,5 – 3 år från att regeringen avlåtit sin proposition.			
<b>Nyckelord</b> Läkemedel, sjukförsäkring, systemet för läkemedelsersättningar, läkemedelskostnader			
<b>Övriga uppgifter</b>			
<b>Seriens namn och nummer</b> Social- och hälsovårdsministeriets promemorior 2001:15		<b>ISSN</b> 1237-0606	<b>ISBN</b> 952-00-0996-5
<b>Sidoantal</b> 92	<b>Språk</b> Finska	<b>Pris</b> 86 mk	<b>Sekretessgrad</b> Offentlig
<b>Distribution</b> Social- och hälsovårdsministeriets publikationsförsäljning, PB 536, 33101 Tammerfors, tfn (03) 260 8158 och 260 8535, fax (03) 260 8150		<b>Förlag</b> Social- och hälsovårdsministeriet	

## DOCUMENTATION PAGE

<b>Publisher</b> Ministry of Social Affairs and Health	<b>Date</b> 14 June 2001
<b>Authors</b> Working group on the reimbursement of medical expenses 2000 Chairman Matti Toiviainen Secretaries Jaana Martikainen Lauri Pelkonen Sirpa Rinta	<b>Type of publication</b> Working Group memorandum
	<b>Commissioned by</b> Ministry of Social Affairs and Health
	<b>Date of appointing the organ</b> 1 March 2001
<b>Title of publication</b> Final report of the working group on the reimbursement of medical expenses 2000	
<b>Parts of publication</b>	
<b>Summary</b>  <p>The task of the working group was to establish the functionality and expediency of the reimbursement system for medical expenses taking into consideration the cost-effectiveness, current treatment practices, the international development of the medical sector and European reimbursement practices.</p> <p>According to the outlook of the working group the current reimbursement system for medical expenses should be reformed. The reform could take place based on either the current system or based on a model based on costs including a medicine-specific deductible. Of these two models the model based on the current system gained more support.</p> <p>The working group has proposed that the Ministry of Social Affairs and Health should quickly start work to determine the reclassification of medicinal preparations that remain outside the current reimbursement system and that entitle to basic reimbursement, and illnesses and medicines that entitle to special reimbursement so that the refund system would include a basic refund bracket and a special refund bracket. The expert group should evaluate whether the B-attestation method is needed for all illnesses entitling to special reimbursement or if in some cases a more simple method would be sufficient. In addition to this the working group should determine the requirements for altering the provision concerning illnesses and medicines entitling to special reimbursements to definite duration as well as determine the procedure for evaluating the modernity of the definite duration special refund bracket and which expert organisation will carry out the evaluation. In this evaluation work it is necessary to take into consideration also the suit against the Government of Finland that is now before the Court of Justice, where the dispute is mainly concerned with the special refund procedure.</p> <p>The negative list or list of those medicinal preparations left outside of the reimbursement system and the rare medicines and medicinal preparations requiring special permissions as well as the refunding of important and expensive medicines and increasing the use of generic medicines are linked with the development models brought forward by the working group. It would be appropriate for the expert group to give its opinion on these questions also in connection to its evaluation work.</p> <p>Not until after the report of the above-mentioned expert group is completed is it in the opinion of the working group possible to compare the actual differences between the development models mentioned and to evaluate the effects of the reimbursement systems on the patient and society that are to be developed based on the current system. According to the evaluation of the working group it would technically be possible to enforce the changes to be made to the reimbursement system for medical expenses depending on their scope within 1,5-3 years from the date when the government proposal has been made.</p>	
<b>Key words</b> Medicine, sickness insurance, medical expenses refund system and expenditure on medicines.	

<b>Other information</b>			
<b>Title and number of series</b> Working Group Memorandums of the Ministry of Social Affairs and Health 2000:15		<b>ISSN</b> 1237-0606	<b>ISBN</b> 952-00-0996-5
<b>Number of pages</b> 92	<b>Language</b> Finnish	<b>Price</b> FIM 86	<b>Publicity</b> Public
<b>Distributor/Orders</b> Ministry of Social Affairs and Health Publications Sale, P.O.Box 536, FIN-33101 Tampere, tel. +358 3 260 8158 and +358 3 260 8535		<b>Financier</b> Ministry of Social Affairs and Health	

## Sosiaali- ja terveysministeriölle

Sosiaali- ja terveysministeriö asetti 1.3.2000 työryhmän, jonka tuli perusteellisesti tarkastella lääkekorvausjärjestelmän rakenteita ja toimivuutta ottaen huomioon kustannuskehitys ja tulevaisuuden näkymät sekä sen pohjalta selvittää mahdollisuudet kehittää korvausjärjestelmää.

Työryhmän tehtävänä oli erityisesti selvittää korvausjärjestelmän toimivuus ja tarkoituksenmukaisuus kustannustehokkuus, nykyiset hoitokäytännöt, lääkealan kansainvälinen kehitys sekä eurooppalainen korvauskäytäntö huomioon ottaen. Työryhmän oli tarkasteltava muun muassa korvattavuuksien tarve ja taso, vuotuisen omavastuukaton merkitys ja tavoitteet sekä merkittävien ja kalliiden lääkkeiden korvausjärjestelmän tarkoituksenmukaisuus. Erityisesti oli pyrittävä arvioimaan tulevaa kehitystä lääkehuollon osalta.

Työryhmä otti nimekseen Lääkekorvaustyöryhmä 2000.

Työryhmän puheenjohtajana toimi apulaisosastopäällikkö **Matti Toiviainen** sosiaali- ja terveysministeriöstä. Jäseninä olivat hallitusneuvos **Anja Kairisalo** ja ylilääkäri **Terhi Hermanson** sosiaali- ja terveysministeriöstä, pääsihteeri **Taina Sirkiä** lääkkeiden hintalautakunnasta, budjetti-neuvos **Pertti Tuhkanen** valtiovarainministeriöstä, yliproviisori **Sinikka Rajaniemi** Kansaneläkelaitoksesta, tutkimusjohtaja **Erkki Palva** Lääkelaitoksesta, tutkimuspäällikkö **Pekka Rissanen** Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskuksesta, toimitusjohtaja **Jarmo Lehtonen** Lääketeollisuus ry:stä, farmaseuttinen johtaja **Harri Ovaskainen** Suomen Farmasialiitto ry:stä, farmaseuttinen johtaja **Sirpa Peura** Suomen Apteekkariliitosta ja apulaistoiminnanjohtaja **Santero Kujala** Suomen Lääkäriliitto ry:stä.

Työryhmän pysyvänä asiantuntijana toimi apulaisosastopäällikkö **Jorma Perälä** sosiaali- ja terveysministeriöstä. Lisäksi työryhmä kuuli työnsä aikana seuraavia asiantuntijoita: asiantuntija-lääkäri **Pekka Koivisto** Kansaneläkelaitoksesta, ylijohtaja **Jussi Huttunen** sosiaali- ja terveysministeriöstä, professori **Harri Sintonen** Helsingin yli-

opistosta ja Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskuksesta, projektipäällikkö **Arja Helin-Salmivaara** Suomalainen lääkäriseura Duodecimista. Työryhmä kuuli myös pitkäaikaissairaiden potilasjärjestöjen työvaliokuntaa, johon kuuluivat edunvalvonta-asiamies **Asko Mäki** Suomen Reumaliitto ry:stä, sosiaali- ja kuntoutus-sihteeri **Marja-Liisa Nuotio** Suomen Sydänliitto ry:stä, toimitusjohtaja, varatuomari **Marja-Liisa Kotisaari** Pirkanmaan Syöpäyhdistys ry:stä, lakimies **Merja Karinen** Mielenterveyden Keskus-liitto ry:stä ja kuntoutuspäällikkö **Eija Sorvari** Hengitysliitto Heli ry:stä.

Työryhmän sihteereinä toimivat tutkija **Jaana Martikainen** Kansaneläkelaitoksesta, edunvalvonnan johtaja **Sirpa Rinta** Lääketeollisuus ry:stä ja hallitussihteeri **Lauri Pelkonen** sosiaali- ja terveysministeriöstä.

Työryhmä julkaisi väliraportin 21.6.2000. Työryhmä pyysi helmikuussa 2001 työryhmässä edustettuina olevien jäsenten taustaryhmiltä näkemyksiä lääkekorvausjärjestelmän kehittämisestä.

Työryhmä kokoontui työnsä aikana yhteensä 24 kertaa.

Saatuaan tehtävänsä suoritetuksi työryhmä luovuttaa sosiaali- ja terveysministeriölle kunnioittavasti muistionsa.

Helsingissä 28. toukokuuta 2001

*Matti Toiviainen*

Anja Kairisalo

Terhi Hermanson

Taina Sirkiä

Pertti Tuhkanen

Sinikka Rajaniemi

Erkki Palva

Pekka Rissanen

Jarmo Lehtonen

Harri Ovaskainen

Sirpa Peura

Santero Kujala

Jorma Perälä

Jaana Martikainen

Sirpa Rinta

Lauri Pelkonen

<b>1. Johdanto</b>	<b>13</b>
<b>2. Aikaisemmat selvitykset</b>	<b>14</b>
2.1 Lääkekorvaustyöryhmä	14
2.2 Lääkekustannustyöryhmä	15
2.3 Lääkemääräyskäytäntöä ja siihen vaikuttamista koskeva selvitystyö	16
<b>3. Nykyinen lääkekorvausjärjestelmä</b>	<b>17</b>
3.1 Yleistä	17
3.2 Korvauksen määrä ja korvausluokat	17
3.3 Menettely korvausjärjestelmään pääsemiseksi	21
3.3.1 Yleistä	21
3.3.2 Lääkkeen saattaminen korvausjärjestelmän piiriin	21
3.3.3 Lääkkeen tuleminen erityiskorvattavaksi	22
3.4 Suorakorvausmenettely	23
<b>4. Lääkekorvaukset ja niiden kehitys</b>	<b>24</b>
4.1 Yleistä	24
4.2 Kattokorvausten kehitys	26
<b>5. EU-maiden, Islannin ja Norjan lääkekorvausjärjestelmät ja lääkekorvausten kasvun hillitseminen</b>	<b>26</b>
5.1 Yleistä	26
5.2 Lääkkeen korvattavuuden edellytykset	26
5.3 Korvauksen suuruus	28
5.4 Korvausjärjestelmän ulkopuoliset toimenpiteet kustannuskasvun hillitsemiseksi	31
<b>6. Tulevaisuuden haasteet lääkekorvausjärjestelmälle</b>	<b>32</b>
6.1 Lääkehoidot ja lääkekustannukset lähitulevaisuudessa	32
6.2 Lääketeollisuuden arvio tulevaisuuden näkymistään	32
<b>7. Nykyisen lääkekorvausjärjestelmän arviointia</b>	<b>34</b>



<b>8. Lääkekorvausjärjestelmän kehittämismalleja</b>	<b>36</b>
8.1 Johdanto	36
8.2 Nykyjärjestelmästä kehitetty malli	36
8.3 Lääkkeen hyödyllisyyteen perustuva malli	37
8.4 Kustannusperusteinen malli, jossa kiinteä lääkekohtainen omavastuu	39
8.5 Kustannusperusteinen malli, jossa vuotuinen omavastuu	40
8.6 Kuntarahoitteinen malli	41
8.7 Esitetyille malleille yhteisiä menettelyjä	42
8.8 Erilliskysymyksiä	42
8.8.1 Apteekkien annosjakelupalvelu	42
8.8.2 Tulojen huomioon ottaminen vuotuisessa omavastuukatossa	43
8.8.3 Erityisluvalliset valmisteet	43
8.8.4 Harvinaislääkkeet	43
8.8.5 Hinnanmuodostus ja lääkekustannuksiin vaikuttaminen	44
<b>9. Lääkekorvausmallien vertailua</b>	<b>44</b>
<b>10. Työryhmän ehdotukset jatkotoimenpiteiksi</b>	<b>46</b>
Määritelmiä	49
Liitetaulukko 1: Sairausvakuutuksen rahoituksen jakautuminen	52
Liitetaulukko 2: Erityiskorvattavat sairaudet	53
Liitetaulukko 3: Negatiivilista	54
Liitekuva 1: Kattokorvaukset	55
Liitekuva 2: Eurooppalainen hintavertailu	56
Liitekuva 3: Hintaindeksi	57
Liite: Laskuesimerkkejä eräistä kehittämismalleista.	58

## 1. JOHDANTO

Lääkehuolto on olennainen osa terveydenhuoltojärjestelmäämme. Ilman asianmukaisesti toimivaa lääkehuoltoa ei terveydenhuolto voi täyttää tehtäviään.

Sairausvakuutus ja sen lääkekorvausjärjestelmä ovat osa Suomen sosiaalivakuutusjärjestelmää, jonka tarkoituksena on turvata yksilöiden ja perheiden toimeentulo sosiaalisten riskitilanteiden, kuten sairauden ja työkyvyttömyyden varalta. Sairausvakuutuksen keskeisenä periaatteena on korvata kansalaisille tarpeellisesta sairaanhoidosta aiheutuvia kustannuksia ja vähentää hoidotta jäämisen vaaraa. Yleinen sairausvakuutus tuli Suomessa voimaan syksyllä 1964. Sairaanhoitoetuudet ovat samat kaikille Suomessa asuville iästä, sukupuolesta, varallisuudesta, huollontarpeesta tai asuinpaikasta riippumatta.

Lääkehoidon kustannusten korvaamisessa sovelletaan sairausvakuutusjärjestelmän keskeisiä periaatteita: omavastuu- ja tarpeellisuusperiaatetta. Nämä periaatteet ovat olleet voimassa koko sairausvakuutuksen voimassaoloajan. Sairausvakuutuslakia koskevassa 1960-luvulla annetussa hallituksen esityksessä (HE 129/1962) todetaan, että sairausvakuutuksessa noudatetaan yleensä osakorvauksen periaatetta. Näin ollen vakuutuksen perusteella suoritettava korvaus ei täysin peitä sairauden aiheuttamia kustannuksia, vaan vakuutetun maksettavaksi jää jokin sopivaksi mitoitettu osa, niin sanottu omavastuu. Hallituksen esityksen mukaan näin käytettävissä olevat varat voidaan keskittää niihin tapauksiin, joissa sairauden pitkäaikaisuuden takia vakuutusturvan tarve on suurin. Sairausvakuutukseen sisältyvällä tarpeellisuusperiaatteella tarkoitetaan sitä, että vakuutetulle maksetaan korvausta vain tarpeellisista lääkekustannuksista. Sairausvakuutuslain mukaan vakuutetulle aiheutuneita kustannuksia korvataan vain siltä osin, minkä hoito tarpeettomia kustannuksia välttämällä, vakuutetun terveydentilaa kuitenkin vaarantamatta, olisi tullut vakuutetulle maksamaan.

Vuonna 2000 lääkekorvauksia maksettiin yli 4 miljardia markkaa noin 3,3 miljoonalle vakuutetulle. Korvauksia maksettiin noin 19 miljoonalta omavastuukerralta, jotka perustuivat noin 27 miljoonaan lääkemääräykseen. Lääkekorvausjärjestelmästä aiheutuvat hallintokulut ovat kuitenkin pitkälle viedyn automaation avulla pysyneet kohtuullisina, sillä valtaosa lääkekorvauksista hoidetaan suorakorvauksina apteekeista. Hallintokuluja aiheutuu myös lääkärinlausunnoista.

Voimassa olevaa lääkekorvausjärjestelmää on 36 vuoden aikana muutettu useita kertoja. Voimaantulonsa jälkeen sitä on merkittävästi laajennettu ja kehitetty potilaan terveydenturvaa lisäävään suuntaan. Lääkemenojen kasvuvauhdin ollessa nopeimmillaan 1980-luvun loppupuolella ja 1990-luvun alussa muutoksilla pääasiassa lisättiin potilaan maksumuutusta kustannuksista. Myöhemmin 1990-luvulla toimenpiteitä suunnattiin myös lääkkeiden hintojen määräytymiseen. Lukuisista muutoksista huolimatta perusteellista selvitystä lääkekorvausjärjestelmän rakenteiden ajanmukaisuudesta ei ole tehty. Tämän vuoksi on tarpeellista tarkastella erikseen lääkekorvausjärjestelmän tavoitteita ja toimivuutta taloudellisuuden, uusien hoitokäytäntöjen sekä muiden maiden korvauskäytäntöjen valossa.

## 2. AIKAISEMMAT SELVITYKSET

### 2.1. Lääkekorvaustyöryhmä

Lääkekorvaustyöryhmän (STM 1993:13) tehtävänä oli tehdä ehdotus lääkekorvausjärjestelmän kehittämisestä siten, että se turvaisi riittävästi vakuutettujen edut ja samalla ohjaisi lääkkeiden määräämistä ja käyttöä asianmukaiseen suuntaan ja terveydenhuollon kokonaisedun mukaisesti. Työryhmän ehdotukset kohdentuivat kahteen pääkeinoon. Ensinnäkin lääkekorvausjärjestelmän rakennetta tuli kehittää siten, että se tukee edellä esitettyjä tavoitteita. Toiseksi lääkealan eri osapuolten tuli pyrkiä kunkin osaltaan ja yhteisvoimin tekemään voitavansa lääkehoidon tehokkuuden lisäämiseksi.

Työryhmä päätyi ehdotuksissaan siihen, että lääkekorvausjärjestelmää tuli kehittää tuolloin voimassa olleen ja hyvin toimivaksi koetun perusrakenteen pohjalta. Perusrakenteeseen katsottiin kuuluvaksi ostokertakohtainen omavastuuosuus, porrastettu korvaustaso ja kalenterivuoteen kohdistuva vuotuinen omavastuuosuus.

Työryhmän ehdotusten mukaan korvausluokkia tuli olla kolme ja korvaustasoiksi ehdotettiin 100, 75 ja 50 prosenttia. Lisäksi työryhmä ehdotti, että molempiin erityiskorvausluokkiin liitettäisiin ostokertakohtainen omavastuuosuus ja että omavastuukaton ylittymisen jälkeisissä lääkeostoissa tulisi olla kiinteä ostokertakohtainen omavastuuosuus. Lisäkorvausta suoritettaisiin vain, jos takaisin maksettava määrä kalenterivuodelta olisi yli 100 markkaa. Omavastuukaton raja tulisi asettaa siten, että se estäisi potilaiden lääkekustannusten kasvun kohtuuttomaksi tuottamatta kuitenkaan suuria hallinnollisia ongelmia. Työryhmä esitti myös lääkkeiden erityiskorvattavuuden edellytysten tarkentamista ja erityiskorvausluokkiin kuuluvien sairauksien uudelleen arvioimista sen hetkisen lääketieteellisen tietämyksen perusteella.

Lisäksi työryhmä esitti joitakin tulevaisuuden päätavoitteita. Tällaisiksi katsottiin lääkkeiden määräämisen ja käytön suuntautuminen halvimpiin rinnakkaisvalmisteisiin, rinnakkaisvalmisteiden välisen hintakilpailun syntyminen ja rationaalisen lääkehoidon avulla saatavien kustannussäästöjen saaminen ja lääkehoidon tehon parantaminen. Työryhmän tekemien, erityisesti lääkealan eri osapuolten vapaaehtoiseen osallistumiseen pyrkivien ehdotusten tarkoituksena oli ohjata kehitystä tähän suuntaan.

Edellä kuvatuista työryhmän ehdotuksista on jäänyt toteuttamatta kiinteän omavastuun liittäminen omavastuukaton täyttymisen jälkeisiin lääkeostoihin sekä erityiskorvausluokkiin kuuluvien sairauksien uudelleenryhmittely työryhmän tarkoittamassa laajuudessa. Työryhmän näkemyksen mukaan erityiskorvattavien sairauksien uudelleen ryhmittelyllä ja ajantasaistamisella olisi voitu hidastaa sairausvakuutuksen lääkemenojen kasvua ja käyttää näin säästyviä varoja lääkekorvausjärjestelmän kasvuvarana.

Läkehoidon tehokkuuden lisäämiseksi ja lääkkeiden määräämisen ja käytön rationalisoinniseksi työryhmä ehdotti informaation ja koulutuksen lisäämistä siten, että lääkkeen hinta ja läkehoidon kustannukset otettaisiin aikaisempaa enemmän huomioon lääketä valittaessa. Tällä säästettäisiin työryhmän näkemyksen mukaan tarpeettomia kustannuksia.

## 2.2. Lääkekustannustyöryhmä

Lääkekustannustyöryhmän (STM 1997:11) tehtävänä oli selvittää erityisesti lääkkeiden hinnanmuodostuksen perusteet sekä hintojen sääntelyn ja sairausvakuutuksen korvausjärjestelmän käytössä olevat mahdollisuudet lääkekustannusten hillitsemiseen niin, että samalla turvataan väestön mahdollisuudet saada tarvitsemansa lääkkeet kohtuulliseen hintaan. Selvityksessä tuli ottaa huomioon hoitokustannuksiltaan merkittävistä ja käytötarkoituksiltaan vielä vakiintumattomista lääkkeistä mahdollisesti aiheutuvat erityisongelmat.

Työryhmä ehdotti lääkkeiden korvausperusteena olevien kohtuullisten tukkuhintojen muuttamista määräaikaiksi. Ehdotus koski myös niitä lääkkeitä, joilla uudistuksen voimaan tullessa oli toistaiseksi vahvistettu tukkuhinta. Lääkkeiden velvoitevarastointilisä ehdotettiin poistettavaksi tukkuhinnoista ja arvonlisävero alennettavaksi. Uusia lääkkeitä esitettiin erityiskorvattaviksi vasta, kun lääkkeiden hoidollinen merkitys ja kokonaistaloudellisuus on tullut osoitetuksi. Lisäksi hoitokustannuksiltaan kalliit lääkkeet tuli työryhmän mukaan ottaa peruskorvattaviksi vain, kun erillisselvityksellä on osoitettu riittävä hoidollinen peruste. Lisäksi valtioneuvoston päätöksiä valmisteltaessa olisi arvioitava aiemmin erityiskorvattaviksi luokiteltujen sairauksien ja hoitojen korvausluokkiin sijoittelun ajanmukaisuus. Myös suurten kustannusten omavastuuraja ehdotettiin tarkistettavaksi.

Sairausvakuutuksen korvausjärjestelmää koskevien muutosehdotusten lisäksi työryhmä esitti muun muassa lääketaksaa muutettavaksi lisäämällä sen degressiivisyyttä ja yksinkertaistamalla sen rakennetta sekä periaatepäätöstä apteekkimaksun poistamisesta ja vastaavasta lääketaksan alentamisesta. Työryhmä ehdotti myös kolmivuotista projektia lääkkeenmääräämiskäytännön muuttamiseksi tarkoituksenmukaisempaan suuntaan.

Työryhmän arvion mukaan ehdotusten toteuttaminen hillitsisi lääkekustannusten kasvua ja parantaisi väestön mahdollisuuksia hankkia tarvitsemansa lääkkeet kohtuulliseen hintaan.

Työryhmän ehdottamista toimenpiteistä valtaosa on toteutettu. Lääkkeiden arvonlisävero on alennettu 12 prosentista 8 prosenttiin ja lääketaksaa on muutettu ja sen tasoa alennettu. Sairausvakuutuslakiin lisättiin säännös merkittävien ja kalliiden lääkkeiden korvaamisesta, lääkkeiden tukkuhinnoista poistettiin velvoitevarastointilisä, lääkkeiden tukkuhinnat muutettiin määräaikaiksi ja lääkkeiden toistaiseksi voimassa olevien tukkuhintojen kohtuullisuuden tarkistaminen mahdollistettiin. Viimeksi mainitun perusteella lääkkeiden hintalautakunta tarkisti lääkkeiden tukkuhinnat vuosien 1998 ja 1999 aikana. Työryhmän ehdotusten mukaisesti lääkevalmisteen tukkuhintahakemukseen tulee nykyisin liittää terveystaloudellinen selvitys muun muassa haettaessa hintaa uutta lääkeainetta sisältävälle valmisteelle.

Lääkekustannustyöryhmän ehdotuksista on jäänyt toteuttamatta apteekkimaksun poistaminen, sairausvakuutuksesta korvattavien lääkkeiden vuotuisen omavastuukaton sekä erityiskorvattavien sairauksien ja lääkeaineiden ajantasaisuuden tarkistaminen.

Sosiaali- ja terveysministeriö asetti vuonna 1998 Rohto-ohjelman edistämään tarkoituksenmukaista lääkkeiden määräämistä ja käyttöä. Ohjelman päätavoitteena on kehittää lääkehoitokäytäntöjä koulutuksellisin ja kannustavin keinoin hoitojen hyödyllisyyttä ja

kokonaistaloudellisuutta osoittavan tutkimustiedon mukaiseksi. Päämääränä on rationaalinen lääkehoito. Ohjelman kautta pyritään myös tuottamaan ja välittämään hoitokäytäntöjen arvioinnissa tarvittavaa tietoa. Rohto-ohjelmassa on mukana Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, Suomen Lääkäriliitto, Kansaneläkelaitos, sosiaali- ja terveysministeriö, Kuntaliitto ja Lääkelaitos. Ohjelman yhteydessä on kehitetty mm. uusia toimintamalleja erityisesti perusterveydenhuollon lääkäreiden täydennyskoulutukseen sekä yhteistyömalleja lääkehuoltoon osallistuvien terveydenhuollon ammattilaisten välille. Saadun palautteen mukaan alueen hoitokäytäntöä koskevien tietojen pohdinta ryhmissä on koettu hyödylliseksi.

### **2.3. Lääkemääräyskäytäntöä ja siihen vaikuttamista koskeva selvitystyö**

Lääkkeen määräämiskäytäntöä ja siihen vaikuttamista koskevassa raportissa (STM 1997:12) on tarkasteltu lääkehoidon tavoitteita, rationaalisuutta, lääkemääräyskäytäntöä sekä suomalaisen lääkekulutuksen ominaispiirteitä keskeisimpien lääkeryhmien osalta verrattuna erityisesti muihin Pohjoismaihin. Raportin mukaan vertailukelpoisia tilastoja ja tutkimuksia lääkkeiden kulutuksesta ja käytöstä on vähän. Lääkemääräyskäytäntöön vaikuttamista on raportissa tarkasteltu sekä kaupallisen markkinoinnin että ei-kaupallisten keinojen valossa. Organisatorisia ja hallinnollisia keinoja ei ole juuri käsitelty.

Raportin mukaan lääkemääräyskäytäntöön voitaisiin vaikuttaa tehokkaimmin henkilökohtaisella koulutuksella ja palautteella. Helpointa olisi muuttaa lääkemääräyskäytäntöä vaikuttamalla lääkevalmisteen valintaan, mutta koko hoitokäytännön muutos olisi huomattavasti vaikeampi ja hitaampi prosessi. Monissa maissa on lääkemääräyskäytäntöön vaikutettu paikallisen toiminnan avulla. Tällainen alueellinen ja paikallinen toiminta on Suomesta puuttunut lähes kokonaan. Kiinteämpi yhteistyö paikallisella tasolla eri terveydenhuoltohenkilöstöryhmien välillä voisi edesauttaa toimenpiteiden toteuttamista. Myös väestön oma panos on tärkeä järkevän lääkehoidon toteutuksessa. Päätöksentekoa varten tarvitaan myös enemmän tietoa sekä lääkkeiden käytöstä ja kulutuksesta että väestön sairastavuudesta.

### 3. NYKYINEN LÄÄKEKORVAUSJÄRJESTELMÄ

#### 3.1 Yleistä

Lääkkeiden korvattavuuden edellytyksistä, korvauksista ja korvausjärjestelmän hallinnosta säädetään sairausvakuutuslaissa ja sen nojalla annetuissa alemman asteisissa säädöksissä. Sairausvakuutuslain mukaan korvattavalla lääkkeellä tarkoitetaan lääkelain mukaista lääkemääräystä edellyttävää lääkettä, joka on tarkoitettu joko sisäisesti tai ulkoisesti käytettynä parantamaan tai helpottamaan sairautta tai sen oireita ja jolle on vahvistettu kohtuullinen korvausperusteeksi hyväksyttävä tukkuhinta, ei kuitenkaan rohdosvalmisteita eikä homeopaattisia ja antroposofisia valmisteita. Lisäksi korvattavalla lääkkeellä tarkoitetaan niitä sosiaali- ja terveysministeriön antamassa asetuksessa mainittuja lääkkeitä, joita saadaan myydä myös ilman lääkemääräystä. Korvattavia ovat myös pitkäaikaisen ihotaudin hoitoon tarkoitettut perusvoiteet ja sosiaali- ja terveysministeriön päätöksessä mainitut vaikean sairauden hoitoon tarpeelliset kliiniset ravintovalmisteet. Myös näillä valmisteilla on oltava korvauksen perusteeksi vahvistettu kohtuullinen tukkuhinta ja korvauksen saaminen edellyttää lääkemääräystä. Kunnallisessa terveydenhuoltojärjestelmässä annettuun hoitoon kuuluvan lääkehoidon kustannusvastuu on kunnilla.

Sairausvakuutuksen menot suoritetaan sairausvakuutusrahastosta, johon kerätään vakuutettujen vakuutusmaksut ja työnantajien sairausvakuutusmaksut. Vuositason maksuvalmiuden turvaaminen edellyttää rahastolta määrättyä vähimmäistasoa. Mikäli vähimmäismäärää ei saavuteta, suoritetaan puuttuva osa valtion varoista. Valtio turvaa lisäksi rahaston maksuvalmiuden kunakin ajankohtana (liitetaulukko 1).

Suomen lääkekorvausjärjestelmässä on kolme korvausluokkaa: peruskorvausluokka sekä kaksi erityiskorvausluokkaa (taulukko 1). Korvaustasot on pyritty porrastamaan lääketieteellisin perustein sairauden vaikeusasteen ja lääkehoidon välttämättömyyden mukaan. Sairausvakuutusta hoitaa Kansaneläkelaitos.

#### 3.2. Korvauksen määrä ja korvausluokat

##### *Peruskorvausluokka*

Kun lääkkeelle on vahvistettu kohtuullinen tukkuhinta, kuuluu lääke automaattisesti peruskorvausluokkaan. Peruskorvausluokkaan kuuluvista lääkeostoista lääkkeen käyttäjä maksaa 50 markan ostokertakohtaisen omavastuun lisäksi 50 % omavastuun ylittävistä kustannuksista.

Peruskorvausluokkaan kuuluvien ns. *merkittävien ja kalliiden lääkkeiden ryhmä* otettiin käyttöön vuoden 1999 alusta. Ryhmän avulla haluttiin kohdentaa ja rajata erityisen kalliiden lääkehoidojen peruskorvauksetkin vain niille potilaille, jotka käytettävissä olevan tiedon ja lääkevalmisteesta saadun näytön perusteella hyötyvät hoidosta eniten.

Taulukko 1. Lääkekorvausjärjestelmä vuosina 1964–2001.

	Osakorvaus / peruskorvaus		Kokonaan korvaus / ylempi erityiskorvaus		Alempi erityiskorvaus		Lisäkorvaus- raja, mk
	%	Ostokertakohtainen omavastuu, mk	%	Ostokertakohtainen omavastuu, mk	%	Ostokertakohtainen omavastuu, mk	
1964	50	4	100	-	-	-	-
1978	50	10	100	-	-	-	-
1979	50	11	100	-	-	-	-
1983	50	15	100	-	-	-	-
1984	50	20	100	-	-	-	-
1986	50	20	100	-	90	-	2 228
1987	50	20	100	-	90	-	2 343
1988	50	30	100	-	90	-	2 469
1989	50	30	100	-	90	-	2 653
1990	50	35	100	-	90	-	2 833
1991	50	35	100	-	90	-	3 051
1992	40 <sup>1</sup>	45 <sup>1</sup>	100	-	80 <sup>1</sup>	-	2 500
1993	40	45	100	-	80	-	3 100
1994	50 <sup>2</sup>	50 <sup>2</sup>	100	25 <sup>2</sup>	75 <sup>2</sup>	25 <sup>2</sup>	3 100
1995	50	50	100	25	75	25	3 158
1996	50	50	100	25	75	25	3 166
1997	50	50	100	25	75	25	3 185
1998	50	50	100	25	75	25	3 240
1999	50	50	100	25	75	25	3 282
2000	50	50	100	25	75	25	3 320
2001	50	50	100	25	75	25	3 450

<sup>1</sup> muutospäivä 1.9.1992<sup>2</sup> muutospäivä 1.4.1994

Merkittävien ja kalliiden lääkkeiden ryhmään kuuluvat lääkkeet ja sairaudet, joiden hoidossa ne korvataan, päätetään valtioneuvoston asetuksella. Kansaneläkelaitos päättää erityiset käyttöaiheet, joiden mukaisessa käytössä näitä lääkkeitä korvataan, ja erilliselvitykset, joiden perusteella korvauspäätökset Kansaneläkelaitoksessa tehdään.

Merkittävien ja kalliiden lääkkeiden ryhmään kuuluvat mm. interferonibeeta aaltoilevan MS-taudin hoitoon sekä merkittävää toiminnallista haittaa aiheuttavan Alzheimerin taudin hoidossa käytettävät lääkkeet. Saadakseen merkittävien ja kalliiden lääkkeiden ryhmään kuuluvan lääkkeen korvattuna, on potilaan osoitettava lääkkeen tarve lääkärinlausunnolla.

### *Erityiskorvausluokat*

Lääkekorvausjärjestelmän tullessa voimaan vuonna 1964 lääkkeiden kustannuksista korvattiin joko puolet kiinteän omavastuun ylittävästä osasta (osittain korvattavat lääkkeet, nykyinen peruskorvausluokka) tai määrätyn edellytyksin lääkehoito oli maksutonta (ns. kokonaan korvattavat lääkkeet). Kokonaan korvattaviin lääkkeisiin oikeuttavia sairauksia oli aluksi 27. Vuoteen 1972 mennessä sairauksien määrä oli kasvanut 47:ään, millä tasolla se pysyi vuoteen 1985.

Osittain korvattavien ja kokonaan korvattavien lääkkeiden korvaustasojen eron pienentämiseksi vuonna 1986 perustettiin uusi 90 %:n korvausluokka. Tähän niin kutsuttuun alempaan erityiskorvausluokkaan siirrettiin viisi aikaisemmin kokonaan korvattaviin lääkkeisiin oikeuttanutta sairautta ja neljä sairautta, joiden lääkkeet oli aiemmin korvattu osittain. Nykyisin alempaan erityiskorvausluokkaan kuuluu kymmenen pitkäaikaista sairautta. Luokkaan kuuluu sairauksia, joissa lääkehoito on potilaan terveydentilan kannalta välttämätöntä. Luokan korvausprosenttia on myöhemmin alennettu kahdesti ja potilaiden maksettavaksi on asetettu kiinteä omavastuu. Vuonna 2001 alempaan erityiskorvausluokkaan kuuluvista lääkkeistä potilas maksaa 25 markan ostokertakohtaisen omavastuun lisäksi 25 % omavastuun ylittävistä kustannuksista. Yleisin alemman erityiskorvausluokan sairaus on krooninen verenpainetauti. Vuoden 2000 lopussa 464 132 henkilöllä oli oikeus erityiskorvattaviin verenpainelääkkeisiin. Heistä 254 533:lla verenpainetauti oli ainoa erityiskorvattava sairaus. Verenpainetaudin jälkeen yleisimpiä alemman erityiskorvausluokan sairauksia ovat krooninen keuhkoastma ja sitä läheisesti muistuttavat krooniset obstruktiiviset keuhkosairaudet (191 268 potilasta vuoden 2000 lopussa), krooninen sepelvaltimotauti (180 748 potilasta) ja sydämen vajaatoiminta (82 530 potilasta) (liitetaulukko 2).

Vuonna 1986 kokonaan korvattuihin lääkkeisiin oikeuttavien sairauksien ryhmän nimi muuttui ylemmäksi erityiskorvausluokaksi. Luokkaan kuuluu sairauksia, joissa lääkehoito on potilaan kannalta välttämätön ja tehokas ja joissa lääke on vaikutustavaltaan korjaava tai korvaava. Kaikkiaan luokkaan kuuluu 34 sairautta. Luokan lääkkeiden maksuttomuudesta luovuttiin vuonna 1994, jolloin myös ylemmän erityiskorvausluokan ostokerroille määrättiin 25 markan omavastuu. Yleisin luokkaan kuuluva sairaus on diabetes. Vuoden 2000 lopussa 132 290 henkilöllä oli erityiskorvausoikeus diabeteslääkkeisiin. Heistä 41 989:llä diabetes oli ainoa erityiskorvattava sairaus. Verenpainetauti ja diabetes ovat tavallisin sairausyhdistelmä henkilöillä, joilla on kaksi tai useampia erityiskorvausoikeuksia. Diabeteksen jälkeen yleisimpiä ylempään erityiskorvausluokkaan kuuluvia sairauksia ovat, psykoosit (77 669 potilasta vuoden 2000 lopussa), kilpirauhasen vajaatoiminta (73 064 potilasta), glaukooma (60 575 potilasta) ja epilepsia ja siihen verrattavat kouristustilat (49 003 potilasta) (liitetaulukko 2).

Erityiskorvausluokkiin kuuluvat sairaudet ja lääkkeet määrätään valtioneuvoston asetuksella. Saadakseen lääkkeensä erityiskorvattuna, potilaan on osoitettava lääkärinlausunnolla sairaus ja lääkehoidon tarve.

### *Kertaomavastuuosuus ja vuotuinen omavastuuosuus*

Kunkin korvausluokan markkamääräinen omavastuu on ostokertakohtainen eli yhdellä kertaa ostamistaan saman korvausluokan lääkkeistä potilas maksaa vain yhden mark-



kamääräisen omavastuun. Yhdellä kertaa lääkkeitä korvataan pääsääntöisesti enintään kolmen kuukauden hoitoa vastaava määrä.

Lääkekustannusten vuotuinen omavastuuraja otettiin käyttöön vuonna 1986. Sen tarkoitus oli keventää lääkkeitä aiheutuvaa kustannustaakkaa poikkeuksellisissa tapauksissa, esimerkiksi harvinaisten sairauksien tai erityisen kalliiden lääkehoitojen yhteydessä. Sen avulla haluttiin myös vähentää paineita ottaa erityiskorvausluokkiin lisää sairauksia. Kaikkien korvattavien lääkkeiden, perusvoiteiden ja kliinisten ravintovalmisteiden korvaamatta jääneiden kustannusten ylittäessä vuotuisen omavastuun, potilas voi saada ylimenevältä osalta lisäkorvausta. Omavastuusumma tarkistetaan vuosittain elinkustannusindeksillä, ja vuonna 2001 se on 3 449,74 markkaa. Lisäkorvausta maksetaan, kun vuotuinen omavastuu ylittyy 100 markalla. Lisäkorvaus kattaa kaikki vuotuisen omavastuun yli menevät, samana vuonna ostettujen korvattavien lääkkeiden tarpeelliset kustannukset.

#### *Korvausten jakautuminen korvausluokkiin*

Suurin osa sairausvakuutuksen korvaamista resepteistä kuuluu peruskorvausluokkaan. Vuonna 2000 peruskorvattujen reseptien osuus korvatuista resepteistä oli yli 70 %. Alempaan erityiskorvausluokkaan kuului noin viidennes ja ylempään erityiskorvausluokkaan 8 % resepteistä. Maksetuista korvauksista peruskorvausten osuus oli 39 %, alemman erityiskorvausluokan 28 % ja ylempään erityiskorvausluokan 27 %. Lisäkorvausten osuus maksetuista korvauksista oli 6 %. Osa näistä lisäkorvauksista on maksettu vuoden 1999 lääkekustannusten perusteella, sillä lisäkorvausta on mahdollista hakea seuraavan vuoden kesäkuun loppuun saakka.

#### *Korvausjärjestelmän ulkopuolelle jäävät lääkkeet*

Sairausvakuutuksesta ei korvata potilaiden ilman lääkemääräystä hankkimia lääkevalmisteita. Lääkärin määräämistä lääkkeitä korvausjärjestelmän ulkopuolelle jäävät kaikki sellaiset lääkkeet, joille ei ole haettu tai hyväksytty korvausperusteeksi kohtuullista tukkuhintaa tai jotka lääkeyritys on irtisanonut korvausjärjestelmästä. Järjestelmän ulkopuolelle jäävät myös lääkkeet, joita käytetään muuhun kuin sairauden hoitoon sekä pääosa itsehoitolääkkeistä ja kaikki rohdosvalmisteet ja homeopaattiset ja antroposofiset valmisteet. Ns. merkittävien ja kalliiden lääkkeiden ryhmään kuuluvat lääkkeet korvataan vain niille potilaille, joiden tiedetään hyötyvän hoidosta tai jotka vaikean perussairautensa vuoksi tarvitsevat tiettyä lääkettä.

#### *Muita lääkehoidon tukimuotoja*

Aiheuttamisperiaatteeseen nojautuvien vakuutusten perusteella kustannetaan työtapa-  
turmien, ammattitautien ja liikennevahinkojen vuoksi avohoidossa tarvittavaa lääkettä. Myös tartuntatautilain mukaisiin korvauksiin kuuluu lääkehoidon kustantaminen. Kunnat maksavat toimeentulotukena pienituloisten lääkekustannuksia. Lisäksi eläkkeensaajien, lasten ja vammaisten tuissa otetaan huomioon lääkekustannuksia.

### 3.3. Menettely korvausjärjestelmään pääsemiseksi

#### 3.3.1. Yleistä

Suomessa siirryttiin vuoden 1994 alusta suorasta hintavalvonnasta sairausvakuutusjärjestelmän kautta tapahtuvaan korvausperusteena olevan tukkuhinnan vahvistamismenettelyyn, koska ETA-lainsäädännön voimaantultua lääkkeen hintaa ei saa ottaa huomioon myyntilupaa myönnettäessä. Neuvoston direktiivi lääkkeitä koskevien lakien, asetusten ja hallinnollisten määräysten lähentämisestä (65/65/ETY) kieltää lääkkeiden hintojen suoran sääntelyn osana myyntilupamenettelyä. Tässä yhteydessä kansallinen lainsäädäntö muutettiin vastaamaan Euroopan yhteisön lääkkeisiin liittyviä säännöksiä. Lääkelaista poistettiin myyntiluvan myöntämiseen liittynyt vaatimus lääkevalmisteen kohtuullisesta tukkuhinnasta ja sairausvakuutuksen korvausperusteeksi otettavasta hinnasta säädettiin sairausvakuutuslaissa. Tämän mukaisesti Suomessa lääkkeiden hinnan vahvistamisella ei enää ole vaikutusta oikeuteen myydä lääkkeitä. Lääkkeiden myyminen ja muu kulutukseen luovuttaminen tapahtuu joko Lääkelaitoksen tai Euroopan unionin toimielimen luvalla ja lääketeollisuus saa tuoda myyntiluvan saaneen lääkkeen kauppaan ilman, että viranomaiset olisivat vahvistaneet lääkkeen hinnan.

#### 3.3.2. Lääkkeen saattaminen korvausjärjestelmän piiriin

Suomessa lääkekorvaukset ovat osa lakisääteistä sairausvakuutusta. Lääke voidaan ottaa sairausvakuutuksen korvausjärjestelmän piiriin vain, jos sosiaali- ja terveysministeriön yhteydessä toimiva lääkkeiden hintalautakunta on vahvistanut sille korvauksen perusteeksi kohtuullisen tukkuhinnan. Korvattavat lääkkeet ovat pääosin reseptilääkkeitä.

Tukkuhinnan hyväksyminen merkitsee sitä, että lääke tulee automaattisesti peruskorvattavaksi lääkkeeksi ja potilaalla on oikeus sairausvakuutuslain mukaiseen korvaukseen tarpeellisesta lääkehoidostaan. Tukkuhinnan vahvistamismenettelyssä noudatetaan neuvoston direktiiviä ihmisille tarkoitettujen lääkkeiden hintojen sääntelytoimenpiteiden avoimuudesta ja niiden soveltamisesta kansallisissa sairausvakuutusjärjestelmissä (89/105/ETY, jäljempänä transparenssidirektiivi). Mikäli lääkkeellä ei ole viranomaisen vahvistamaa kohtuullista tukkuhintaa, yritys voi myydä valmistetta haluamallaan hinnalla. Tällöin potilas ei saa lääkehoitonsa kustannuksista korvausta sairausvakuutuksesta.

#### *Kohtuullisen tukkuhinnan vahvistaminen*

Lääkkeen tukkuhinnan vahvistaa ja vahvistetun tukkuhinnan korottamisen ratkaisee hakemuksesta lääkkeiden hintalautakunta. Tukkuhinnan hakemisessa tai sen korottamisessa noudatetaan hakemusmenettelyn periaatteita. Hakijan tulee siten esittää hakemuksensa tueksi yksilöity ja perusteltu selvitys, joka osoittaa lääkevalmistelle ehdotetun tukkuhinnan kohtuullisuuden. Lisäksi vuodesta 1998 lähtien uutta vaikuttavaa lääkettä sisältävästä valmisteesta hakijan on tullut toimittaa myös terveystaloudellinen selvitys. Lääkkeiden hintalautakunta hankkii hakemuksesta Kansaneläkelaitoksen lausunnon, jossa arvioidaan lääkkeelle ehdotetun hinnan tai hinnankorotuksen kohtuullisuutta sairausvakuutuksen kannalta sekä sairausvakuutukselle aiheutuvat kustannukset.

Lääkkeelle vahvistettu hintapäätös on aina määräaikainen. Päätös on voimassa enintään viisi vuotta, kuitenkin niin että uutta vaikuttavaa lääkeainetta sisältävän valmisteen osalta päätös on voimassa enintään kolme vuotta. Käytännössä uusien lääkkeiden hintapäätökset ovat voimassa yleensä 1,5 – 3 vuotta. Mikäli myyntiluvan haltija haluaa valmisteensa kuuluvan määräaikaisen päätöksen umpeuduttua edelleen korvausjärjestelmän piiriin, on sen tehtävä uusi hintahakemus lääkkeiden hintalautakunnalle.

Hintalautakunnan tulee antaa hintahakemuksesta päätös määräajassa. Myyntiluvan haltijalla on aina oikeus valittaa päätöksestä korkeimpaan hallinto-oikeuteen. Hallintoviranomaisena hintalautakunnan päätökset tulee perustella hallintomenettelylain ja mainitun transparenssidirektiivin edellyttämässä laajuudessa. Päätöksessä on oltava sen perusteena olevat pääasialliset tosiseikat sekä säännökset ja määräykset ja siitä tulee ilmetä puolueettomat ja todennettavissa olevat arviointiperusteet.

Myyntiluvan haltijalla on oikeus milloin tahansa irtisanoa valmisteensa korvausjärjestelmästä hintalautakunnalle tehtävällä kirjallisella ilmoituksella. Myös hintalautakunnalla on voimassa olevan lain perusteella oikeus lakkauttaa voimassa oleva tukkuhinta, jos lääkkeen patentti lakkaa olemasta voimassa, käyttöalue merkittävästi laajenee tai myynti kasvaa hinnanvahvistuspäätöksen perusteeksi otettua arviota merkittävästi suuremmaksi.

#### *Tukkuhinnan määräytymisperusteet*

Lääkevalmisteen korvattavuuden edellytys on aina hinnan kohtuullisuus. Lääkkeen teho, turvallisuus ja laatu eivät ole riittäviä kriteereitä kohtuullisen tukkuhinnan vahvistamiseksi. Hakijan on liitettävä hakemuksensa tueksi lääkkeiden hintalautakunnasta annetun asetuksen 2 §:n mukainen selvitys. Siitä tulee ilmetä muun muassa arvio lääkevalmisteen myynnistä ja valmistetta käyttävien määrästä, tieto patentin voimassaoloajasta sekä kokonaisarvio lääkehoidon kustannuksista ja saavutettavissa olevista hyödyistä.

Vuoden 1998 alusta lukien uutta vaikuttavaa lääkeainetta sisältävän lääkevalmisteen hintahakemukseen on tullut liittää myös terveystaloudellinen selvitys, jossa tarkasteltavaa lääkehoitoa verrataan vaihtoehtoihin hoitoihin.

Lääkkeelle ehdotetun hinnan tai hinnan korotuksen kohtuullisuus ratkaistaan hintalautakunnassa kokonaisarvion perusteella.

### **3.3.3. Lääkkeen tuleminen erityiskorvattavaksi**

Erityiskorvattavalta lääkkeeltä edellytetään sairauden hoidon ja potilaan terveydentilan kannalta välttämättömyyttä, osoitettua tehokkuutta sekä sitä, että sille ei ole yhtä tehokasta, turvallisempaa tai kokonaiskustannuksiltaan edullisempaa vaihtoehtoa asianmukaisessa lääketieteellisessä hoitokäytännössä (HE 250/1993).

Sairausvakuutuslain mukaan valtioneuvosto määrää asetuksellaan erityiskorvattavuuteen oikeutetut sairaudet ja lääkeaineet. Asetus on voimassa toistaiseksi. Erityiskorvattavuudesta päätettäessä otetaan huomioon sairauden laatu, lääkkeen tarpeellisuus ja taloudellisuus sekä käytössä ja tutkimuksissa osoitettu lääkkeen hoidollinen arvo. Lääke voidaan pääsääntöisesti määrätä erityiskorvattavaksi vasta sen oltua peruskorvattuna

vähintään kaksi vuotta. Määräajasta voidaan kuitenkin erityisestä syystä poiketa. Kansaneläkelaitos ylläpitää erityiskorvattavien valmisteiden luetteloa.

Lääkkeen tai sairauden erityiskorvattavuutta koskevia aloitteita tekevät mm. lääkkeen myyntiluvan haltija, terveydenhuollon tai potilasjärjestöjen edustajat sekä yksittäiset potilaat. Myös Kansaneläkelaitos on lääketieteellisen asiantuntijaelimensä sosiaalilääketieteellisen neuvottelukunnan arvion perusteella voinut ehdottaa uusien lääkkeiden tai sairauksien saattamista erityiskorvausten piiriin, erityiskorvausluokan muutosta tai sairauden taikka lääkehoidon poistamista erityiskorvattavuuden piiristä.

Lääkkeiden erityiskorvattavuusasiat valmistellaan sosiaali- ja terveysministeriössä. Muualta kuin Kansaneläkelaitokselta tulleista ehdotuksista pyydetään Kansaneläkelaitoksen lausunto. Kansaneläkelaitoksessa erityiskorvattavuutta koskevat asiat käsitellään sen yhteydessä toimivassa, Kansaneläkelaitoksen hallituksen asettamassa sosiaalilääketieteellisessä neuvottelukunnassa ja lähinnä neuvottelukunnan lääkejaostossa. Sairausvakuutusasetuksen mukaan neuvottelukunnassa tulee olla edustettuina sairausvakuutuksen toteuttamisen kannalta tärkeimmät lääketieteen erikoisalajat sekä riittävä määrä sairausvakuutuksen käytännölliseen toteutukseen perehtyneitä lääkäreitä. Neuvottelukunnassa on oltava edustajat Terveydenhuollon oikeusturvakeskuksesta, Helsingin, Turun ja Oulun yliopiston lääketieteellisistä tiedekunnista ja lääkäreitä edustavasta järjestöstä.

Erityiskorvausjärjestelmän periaatteiden mukaisesti järjestelmään voidaan hyväksyä vain lääkkeitä, joiden hyödyllisyys ja välttämättömyys on osoitettu. Kun erityiskorvattavuuden kriteerit ovat täyttyneet, on lääkitys aihetta ottaa erityiskorvattavaksi ilman tarpeettomia viiveitä (HE 175/1997).

Erityiskorvattavuutta arvioidaan asiasta kertyneen asiakirja-aineiston perusteella sosiaali- ja terveysministeriössä. Kansaneläkelaitoksen ohella asian valmistelussa tehdään yhteistyötä ministeriön eri osastojen kesken sekä valtiovarainministeriön kanssa.

### **3.4. Suorakorvausmenettely**

Asiakas voi saada kaikista korvausjärjestelmään kuuluvista lääkkeistä korvauksen suoraan apteekista lääkkeen hankinnan yhteydessä. Menettely perustuu sairausvakuutuslakiin ja Kansaneläkelaitoksen Suomen Apteekkariliiton ja Helsingin ja Kuopion yliopistojen apteekkien kanssa tekemiin runkosopimuksiin. Sopimuksen tekeminen on vapaaehtoista. Kaikki apteekit kuuluvat kuitenkin menettelyn piiriin.

Runkosopimus sisältää määräyksiä menettelytavoista, joita apteekit noudattavat luovuttaessaan asiakkaille korvattavia valmisteita. Tällaisia ovat mm. rajoitukset kerralla toimitettavista lääkemääristä ja toimitusväleistä. Lisäksi sopimus sisältää määräyksiä tilityksen laatimisesta Kansaneläkelaitokselle ja sen maksamisesta apteekkeille. Apteekit ovat velvollisia noudattamaan runkosopimusta ja sen perusteella annettuja ohjeita. Lääkekorvausten ratkaisut tapahtuvat Kansaneläkelaitoksen toimistoissa, jotka varmistavat, että asiakkaat ovat saaneet heille kuuluvat etuudet ja että tilitykset on apteekissa suoritettu asianmukaisesti.

Nykyisin apteekkien välityksellä maksetaan noin 90 % lääkekorvauksista. Suorakorvausmenettely koskee noin 95 % korvattavien lääkkeiden ostokerroista. Sairausvakuutuksen perusteella korvattujen lääkemääräysten osuus on noin 70 % kaikista apteekkien

toimittamista lääkemääräyksistä. Vuotuisen omavastuukaton ylittäneiden lisäkorvaukset ovat merkittävin suorakorvauksen ulkopuolelle jäävä korvauslaji.

Apteekit käyttävät reseptinkäsittelyssä tietojärjestelmiä, jotka sisältävät lääkekorvauksen laskemiseen tarvittavan ohjelmiston. Korvaustiedot lähetetään Kansaneläkelaitokselle säännöllisesti elektronisessa muodossa.

#### **4. LÄÄKEKORVAUKSET JA NIIDEN KEHITYS**

##### **4.1. Yleistä**

Vuosikymmenen vaihtuessa 1990-luvuksi sekä lääkekustannukset että korvaukset kasvoivat nopeasti (taulukko 2). Korvausten kasvu oli nopeimmillaan vuonna 1991, jolloin niitä maksettiin 16 % edellisvuotta enemmän. Vuoden 1992 alusta peruskorvattavien lääkkeiden omavastuuta nostettiin ja alemman erityiskorvausluokan korvausprosenttia laskettiin. Saman vuoden syksyllä alennettiin myös peruskorvausluokan korvausprosenttia. Näiden leikkauksien myötä peruskorvausluokkaan kuuluvien lääkkeiden keskimääräinen korvausprosentti laski 29:ään, kun se ennen leikkauksia oli ollut 40 % (taulukko 3). Vuosina 1992 ja 1993 korvausten kasvu oli alle 3 %.

Vuonna 1994 lääkekorvaukset kasvoivat jälleen nopeasti, 10 % edellisvuoteen verrattuna. Tuona vuonna peruskorvausluokassa nostettiin sekä kiinteää omavastuuosuutta että korvausprosenttia. Muutosten seurauksena potilaiden maksuosuus peruskorvausluokassa pieneni. Erityiskorvausluokissa potilaiden maksuosuus sen sijaan nousi, sillä molemmissa erityiskorvausluokissa otettiin käyttöön kiinteä 25 markan omavastuuosuus ja lisäksi alemman erityiskorvausluokan korvausprosenttia laskettiin 80 %:sta nykyiseen 75 %:iin. Lääkekorvauksia lisäsi myös lääkkeiden tulo arvonlisäveron piiriin vuoden 1994 kesäkuun alusta. Lääkkeiden liikevaihtovero oli ollut vuoteen 1994 saakka 22 %, mutta koska vero laskettiin apteekissa lääkkeen myynti- ja ostohinnan erotuksesta, veron osuus lääkkeen kokonaishinnasta oli noin 7 %. Lääkkeiden 12 %:n arvonlisävero nosti lääkkeiden hintoja 3–5 %.

Vuosina 1995–1997 korvaukset kasvoivat edelleen vuosittain noin 10 %. Vuonna 1998 kasvu jäi 2,1 %:iin lääkkeiden hintojen laskun vuoksi. Lääkkeiden hintoja alensivat lääkkeiden arvonlisäveron aleneminen 12 %:sta 8 %:iin ja velvoitevarastointilisän poistaminen velvoitevarastoinnin piiriin kuuluneiden valmisteiden tukkuhinnasta. Suurimmillaan tämä lisä oli ollut 11 % valmisteiden tukkuhinnasta. Vuoden 1998 huhtikuussa muutettiin myös lääketaksaa degressiivisemmäksi, mikä käytännössä tarkoitti apteekki- en katteiden pienenemistä.

Vuonna 1998 alettiin myös tarkistaa ja määräaikaistaa aiemmin toistaiseksi voimassa oleviksi vahvistettuja lääkkeiden tukkuhintoja. Työ saatiin päätökseen vuoden 1999 lopussa. Ensimmäiset tarkistettut hinnat tulivat voimaan joulukuussa 1998 ja viimeiset kesäkuun 2000 alussa. Näiden toimien säästövaikutus laskien avohoidon tukkumyyntitiedoilla oli noin 120 miljoonaa markkaa vuonna 1998. Vähittäismyyntihinnoin säästövaikutus oli noin 180 miljoonaa markkaa.

Vuonna 1999 lääkekorvaukset kasvoivat jälleen 8,2 % ja vuonna 2000 jo 10,9 % edellisestä vuodesta. Vuoden 2001 tammi–maaliskuussa lääkekorvaukset olivat 12,5 % suuremmat kuin edellisen vuoden vastaavana ajankohtana.

Lääkkeiden vähittäishinnat sisältävät arvonlisäveron ja ns. apteekkimaksun. Vuonna 1999 lääkkeiden verollisesta vähittäismyyntihinnasta arvonlisäveron osuus oli 7,9 % ja apteekkimaksun keskimäärin 6,6 %.

**Taulukko 2. Sairausvakuutuksen korvaamat lääkekustannukset vuosina 1980-2000.**

Vuosi	Kustannusten muutos		Korvausten muutos		Korvausten osuus kustannuksista (%)	Kustannukset	Korvaukset
	Kustannukset	edellisestä	Korvaukset	edellisestä		(1 000 mk)	(1 000 mk)
	(1 000 mk)	vuodesta, %	(1 000 mk)	vuodesta, %		vuoden 2000 rahana <sup>1</sup>	vuoden 2000 rahana <sup>1</sup>
1980	971 345	9,2	620 033	10,6	63,8	2 239 614	1 429 600
1981	1 090 504	12,3	699 109	12,8	64,1	2 245 331	1 439 455
1982	1 184 408	8,6	761 361	8,9	64,3	2 230 610	1 433 881
1983	1 359 991	14,8	852 538	12,0	62,7	2 359 938	1 479 375
1984	1 508 654	10,9	936 402	9,8	62,1	2 448 097	1 519 502
1985	1 686 533	11,8	1 043 850	11,5	61,9	2 583 149	1 598 795
1986	1 840 211	9,1	1 136 404	8,9	61,8	2 721 337	1 680 534
1987	2 051 183	11,5	1 285 357	13,1	62,7	2 926 640	1 833 955
1988	2 246 178	9,5	1 403 882	9,2	62,5	3 053 907	1 908 720
1989	2 519 286	12,2	1 584 426	12,9	62,9	3 212 785	2 020 581
1990	2 894 697	14,9	1 832 516	15,7	63,3	3 481 523	2 204 012
1991	3 309 569	14,3	2 126 284	16,0	64,2	3 821 279	2 455 040
1992	3 562 420	7,6	2 176 977	2,4	61,1	4 011 397	2 451 345
1993	3 709 237	4,1	2 235 805	2,7	60,3	4 090 790	2 465 792
1994	4 071 021	9,8	2 459 515	10,0	60,4	4 440 845	2 682 945
1995	4 513 774	10,9	2 706 855	10,1	60,0	4 874 226	2 923 014
1996	4 975 122	10,2	3 001 503	10,9	60,3	5 341 672	3 222 644
1997	5 396 222	8,5	3 288 365	9,6	60,9	5 724 190	3 488 223
1998	5 517 820	2,3	3 358 599	2,1	60,9	5 771 601	3 513 071
1999	5 957 301	8,0	3 634 521	8,2	61,0	6 158 339	3 757 174
2000	6 529 949	9,6	4 029 980	10,9	61,7	6 529 949	4 029 980

<sup>1</sup>Elinkustannusindeksillä (1951=100) defloitoituna.

**Taulukko 3. Keskimääräinen reseptin hinta (vuoden 2000 rahana<sup>1</sup>) ja sairausvakuutuksen osuus hinnasta vuosina 1987-2000.**

Vuosi	Alempi		Ylempi		Korvausluokat yhteensä	
	Peruskorvausluokka	erityiskorvausluokka	erityiskorvausluokka			
	Reseptin hinta (mk)	Korvaus- osuus (%)	Reseptin hinta (mk)	Korvaus- osuus (%)	Reseptin hinta (mk)	Korvaus- osuus (%)
1987	93	40	192	90	268	100
1988	99	37	202	90	278	100
1989	100	37	207	90	287	100
1990	106	37	216	90	313	100
1991	110	38	229	90	338	100
1992	121	35	237	81	353	100
1993	129	29	240	80	360	100
1994	146	35	261	74	422	97
1995	158	38	274	70	479	96
1996	168	39	283	70	506	96
1997	179	40	287	70	528	96
1998	181	40	274	70	505	96
1999	194	41	278	70	514	96
2000	200	41	282	70	519	96

<sup>1</sup>Elinkustannusindeksillä (1951=100) defloitoituna.

## 4.2. Kattokorvausten kehitys

Vuonna 1986 vuosittainen katto oli 2 228 markkaa ja sen ylitti 8 584 henkilöä. Tämän jälkeen omavastuukaton ylittäneiden määrä on nopeasti kasvanut (taulukko 4, liitekuva 1). Järjestelmää luotaessa arvioitiin, että omavastuurajan ylittäjien määrän ei tulisi nousta yli 40 000 henkilön. Tämä raja ylitettiin kuitenkin jo vuosikymmenen puolivälissä. Vuonna 2000 katon ylitti jo noin 114 000 henkilöä. Vuotuisen omavastuun ylittäjistä noin puolet on 65-vuotiaita tai sitä vanhempia.

Taulukko 4. Suuret lääkekustannukset vuosina 1986 – 2000.

<b>Vuosi</b>	<b>Kustannusten kattoraja, mk</b>	<b>Kustannuskaton ylittäneitä</b>	<b>Maksetut lisäkustannukset (miljoonaa markkaa)</b>
1986	2 228	8 580	0,86
1987	2 343	9 460	4,69
1988	2 469	10 555	6,77
1989	2 653	12 010	8,89
1990	2 833	14 959	12,72
1991	3 051	17 878	16,38
1992	2 500	50 074	34,11
1993	3 100	33 651	69,87
1994	3 100	41 749	70,69
1995	3 158	52 598	84,06
1996	3 166	69 505	109,6
1997	3 185	85 959	145,59
1998	3 240	88 735	176,16
1999	3 282	103 877	220,15
2000	3 320	114 872	254,20

## 5. EU-MAIDEN, ISLANNIN JA NORJAN LÄÄKEKORVAUSJÄRJESTELMÄT JA LÄÄKEKORVAUSTEN KASVUN HILLITSEMINEN

### 5.1. Yleistä

Eri maiden lääkekorvausjärjestelmät eroavat toisistaan mm. kattavuudeltaan, korvattavien lääkkeiden valikoimaltaan ja korvauksen määrältään. Lääkekustannukset ja -korvaukset ovat kasvaneet kaikissa EU-maissa 1990-luvulla nopeudella, jota on pidetty korvausjärjestelmästä riippumatta kestävämmän. Lisääntyneet kustannukset ovat pakottaneet etsimään keinoja hillitä lääkemenojen kasvua. Useimmissa maissa on tyydytty muokkaamaan vanhaa järjestelmää uusien vaatimusten mukaisesti.

### 5.2. Lääkkeen korvattavuuden edellytykset

#### *Hinta*

Euroopan unionin jäsenmaissa, kuten myös Norjassa ja Islannissa, lääkkeiden hintoihin vaikutetaan joko niin, että viranomainen vahvistaa yksittäisten lääkevalmisteiden hinnat tai että kontrolloidaan lääkeyritysten voittoja. Hintoihin voidaan välillisesti vaikuttaa

myös vahvistamalla korvausperusteena käytettävä viitehintaa samaa lääkeainetta sisältäville valmisteille tai samaan lääkeryhmään kuuluville valmisteille.

Nykyisin kaikissa Euroopan unionin jäsenmaissa Englantia ja Saksaa lukuun ottamatta korvattavalta lääkkeeltä edellytetään, että sen hinta on kohtuullinen. Viranomaismääräykset hinnan kohtuullisuuden toteutukseksi vaihtelevat maittain. Useissa maissa lääkkeen hintoja verrataan vastaavan tuotteen hintaan muissa EU-maissa. Esimerkiksi Alankomaissa hinta perustuu valmisteen keskihintaan Belgiassa, Saksassa, Ranskassa ja Englannissa. Portugalissa taas lääkevalmisteen hinta ei saa ylittää Espanjan, Italian tai Ranskan edullisinta hintaa. Suomessa valmistajan on ilmoitettava kohtuullista tukkuhintaa hakiessaan vastaavan valmisteen hinta muissa Euroopan talousalueen maissa. Hinnan kohtuullisuutta arvioitaessa otetaan yleensä huomioon vastaavien valmisteiden hinnat omassa maassa, lääkkeestä saatava hyöty ja innovatiivisuus. Arvioidakseen lääkkeen kokonaishyötyjä ja -kustannuksia useat maat ovat alkaneet edellyttää lääkevalmistajilta terveystaloudellisia selvityksiä.

Englannissa ei vahvisteta yksittäisen lääkkeen hintaa, vaan yritys voi geneerisiä valmisteita lukuun ottamatta hinnoitella valmisteensa vapaasti. Viranomaiset kuitenkin neuvottelevat lääkeyrityksen kanssa katekehityksen. Mikäli kate ylittää sovitun, yritys joko palauttaa ylimäärän valtiolle, alentaa lääkkeidensä hintoja tai lykkää suunnittelemaan hinnankorotuksia.

Viitehintajärjestelmä on käytössä Alankomaissa, Espanjassa, Islannissa, Ruotsissa, Saksassa ja Tanskassa. Saksaa lukuun ottamatta näissä maissa on käytössä myös hinnanvahvistusmenettely. Norja luopui järjestelmästä vuoden 2001 alussa. Viitehintajärjestelmässä sovitaan korvauksen perusteena olevasta hinnasta. Mikäli lääkeyritys hinnoittelee valmisteensa viitehintaa kalliimmaksi, käytetään korvauksen laskentaperusteena viitehintaa ja potilas maksaa itse viitehinnan ylittävän osan.

### *Muita edellytyksiä*

Useimmissa Euroopan maissa lääkkeen hinnan hyväksyminen ei automaattisesti tarkoita valmisteen hyväksymistä korvattavaksi, vaan päätös korvattavuudesta tehdään erikseen. Käytössä on sekä positiivilistoja eli luetteloita korvauksen piiriin kuuluvista lääkkeistä että negatiivilistoja eli luetteloita korvauksen ulkopuolelle jäävistä valmisteista. Vain Irlanti ja Ruotsi korvaavat yhä lähes kaikki markkinoilla olevat lääkevalmisteet. Yleisimmin korvausjärjestelmän ulkopuolelle on jätetty lyhytaikaiseen käyttöön tarkoitettuja itsehoitovalmisteita. Näin on esimerkiksi Suomessa, Alankomaissa, Englannissa, Espanjassa, Tanskassa ja Luxemburgissa. Myös korvattaville reseptilääkkeille on alettu asettaa entistä enemmän vaatimuksia tehokkuudesta ja kustannusvaikuttavuudesta. Muun muassa Belgia, Italia, Espanja, Alankomaat ja Tanska ovat poistaneet korvausjärjestelmästä vähemmän tärkeiksi katsottuja reseptilääkkeitä. Ranskassa ja Portugalissa luokitellaan parhaillaan lääkkeitä niiden tehokkuuden perusteella ja tarkoitus on käyttää luokittelua korvausjärjestelmän pohjana.

Uusien, kustannuksiltaan kalliiden lääkkeiden korvattavuutta on monissa EU-maissa pyritty rajaamaan siten, että niitä korvattaisiin vain sellaisille potilaille, jotka hyötyvät eniten hoidosta. Suomessa on vuoden 1999 alusta mm. tietyt MS-taudin, Alzheimerin taudin ja erektiohäiriöiden hoitoon tarkoitettut lääkkeet korvattu vain tarkkaan rajatuissa tilanteissa. Italiassa mm. beetainterferonin, lapsettomuuden hoitoon käytettävien val-



misteiden ja eräiden syöpälääkkeiden korvauksia on rajoitettu ja uusia psyykenlääkkeitä ja verenpainelääkkeitä korvataan vain silloin, kun muut hoidot eivät ole sopineet. Myös Itävallassa uudet, kalliit lääkkeet vaativat potilaskohtaisen erillishakemuksen. Kalliita lääkkeitä luovutetaan joissakin maissa potilaille ainoastaan sairaaloista.

Kreikassa lääke korvataan vain, jos sen on määrännyt vakuutusjärjestelmän lääkäri. Espanjassa lääkärin täytyy työskennellä julkisella sektorilla, jotta tämän määräämä lääke korvattaisiin.

### 5.3. Korvauksen suuruus

#### *Laskentaperuste*

Lääkekustannuksista korvattava osuus määritellään tarkasteltavissa maissa neljällä eri periaatteella. Maksu on yleensä lääke- tai ostokertakohtainen. Englannissa ja Itävallassa potilaan maksettava osuus on aina sama riippumatta lääkkeen hinnasta. Samoin on tilanne Alankomaissa ja Saksassa, mutta viitehinnan ylittävän osan potilas maksaa aina itse. Saksassa maksun suuruus riippuu lääkkeen pakkauskootista.

Belgiassa, Espanjassa, Kreikassa, Luxemburgissa, Norjassa, Portugalissa ja Ranskassa korvausta maksetaan tietty prosenttiosuus lääkkeen kustannuksesta. Islannissa ja Suomessa potilaat maksavat kiinteän omavastuuosuuden ja tämän ylittävistä kustannuksista korvaus lasketaan prosenttiperusteisesti. Italian lääkekorvausjärjestelmää ollaan uudistamassa mm. viitehintajärjestelmän ja mahdollisesti lääkäribudjettien käyttöönotolla. Uudistusta ennakoiden maassa poistettiin potilaan omavastuuosuus kokonaan vuoden 2001 alusta.

Ruotsissa ja Tanskassa on käytössä portaittainen järjestelmä, jossa potilaan on maksettava itse lääkekustannukset tiettyyn rajaan saakka. Rajan ylityttyä lääkekustannuksia aletaan korvata prosenttiperusteisesti. Mitä suuremmiksi kustannukset nousevat, sitä suurempi osa niistä korvataan. Korvaustaso ei riipu lääkkeen tarpeellisuudesta tai sairauden vaikeudesta.

#### *Korvausluokat*

Prosenttiperusteisissa järjestelmissä ja järjestelmissä, joissa on sekä kiinteä omavastuuosuus että prosenttiperusteinen osuus, on yleensä käytössä useita korvausluokkia. Lääkkeet kuuluvat eri korvausluokkiin tehokkuutensa tai tarpeellisuutensa perusteella. Luokituksen perusteena voi olla myös sairauden vaikeus tai pitkäaikaisuus. Mitä vaikeammasta ja pitkäaikaisemmasta sairaudesta tai välttämättömämmästä ja tehokkaammasta lääkkeestä on kysymys, sitä suurempi osuus lääkkeen kustannuksista yleensä korvataan (taulukko 5).

#### *Potilaiden omavastuukatto*

Monissa Euroopan maissa potilaiden maksuosuudelle on asetettu katto. Tämän omavastuukaton laskentaperiaatteet vaihtelevat maittain. Katto on voitu määritellä yhdellä kertaa ostetun lääke-erän omavastuuosalle. Näin on esimerkiksi Espanjassa, Islannissa ja Norjassa. Ruotsissa, Suomessa, Alankomaissa ja Belgiassa taas omavastuukatto koskee vuoden aikana ostettuja lääkkeitä. Ruotsissa ja Norjassa aikuisen kustannuskerty-

mään voidaan laskea mukaan myös lasten omavastuut. Alankomaissa lääkkeitä, sairaalahoidosta ja laboratoriokäynneistä maksetut omavastuut kerryttävät yhteistä omavastuukattoa, Norjassa puolestaan katto koskee kaikkia terveydenhoitomenoja. Belgiasa huomioidaan vain korkeimpiin korvausluokkiin kuuluvien lääkkeiden omavastuut. Englannissa lääkkeiden käyttäjät voivat etukäteen ostaa neljän kuukauden tai vuoden ”season ticketin”, joka kattaa kaikki reseptimaksut kyseiseltä ajalta. Irlannissakin omavastuuosuuksille on asetettu kuukausittaiset, neljännesvuosittaiset ja vuosittaiset katot. Saksassa omavastuukatto määräytyy potilaan bruttotulojen perusteella.

### *Erityisryhmät*

Suomen lääkekorvausjärjestelmässä korvaustaso ei riipu lääkkeen käyttäjän iästä tai tuloista, vaan järjestelmä kohtelee kaikkia tässä suhteessa samoin periaattein. Tarvittaessa lääkekustannuksia korvataan myös muiden järjestelmien kautta, esimerkiksi toimeentulotukena tai erilaisina hoitotukina.

Useissa Euroopan maissa korvausjärjestelmät tuntevat erityisryhmiä, joiden lääkekustannuksista korvataan yleisperiaatteita enemmän tai joiden ei tarvitse maksaa lääkehoidosta lainkaan. Tavanomaisia erityisryhmiä ovat lapset (esim. Belgia, Englanti, Kreikka, Norja, Saksa ja Tanska) ja vanhukset tai eläkeläiset (esim. Englanti, Espanja, Islanti, Kreikka). Pienituloiset ovat erityisasemassa mm. Alankomaissa, Englannissa, Portugalissa ja Saksassa, pitkäaikaissairaat tai vammaiset taas Belgiassa, Englannissa, Espanjassa, Irlannissa, Islannissa, Kreikassa, Ranskassa.

Taulukko 5. Lääkekorvausluokat eräissä Euroopan maissa.

<b>Maa</b>	<b>Korvausluokat</b>	
<b>Belgia</b>	100 %	Elintärkeät lääkkeet, esim. insuliini ja syöpälääkkeet
	75 %	Hoidollisesti merkittävät lääkkeet, esim. antibiootit, astma- ja verenpainelääkkeet
	50 %	Hoidollisesti vähemmän tärkeät lääkkeet, esim. spasmo-lyytit ja pahoinvointilääkkeet
	40 %	Eräiden pitkäaikaissairauksien, kuten sepelvaltimotaudin, lääkkeet
	20 %	Esim. ehkäisyvalmisteet ja lääkkeet, joiden korvausluokka on ratkaisematta
	0 %	Esim. unilääkkeet, pienet kipulääkepakkaukset
<b>Espanja</b>	90 %	Pitkäaikaisten sairauksien lääkkeet, esim. astma-, diabetes-, epilepsia- ja verenpainelääkkeet
	60 %	Muut lääkkeet
<b>Islanti</b>	100 %	Elintärkeät lääkkeet, esim. diabetes- ja syöpälääkkeet
	35 %	Hoidollisesti tärkeät pitkäaikaisten sairauksien lääkkeet, esim., astma-, psoriasis- ja depressiolääkkeet
	20 %	Hoidollisesti vähemmän tärkeät lääkkeet, kuten reuma-lääkkeet, verenpainelääkkeet ja vaihdevuosisihormonit
	0 %	Esim. osa mikrobi-, uni- ja rauhoittavista lääkkeistä
<b>Kreikka</b>	90 %	Eräiden pitkäaikaissairauksien lääkkeet
	75 %	Tavanomaisin korvausluokka
<b>Luxemburg</b>	100 %	Elintärkeät ja kalliit pitkäaikaissairauksien lääkkeet
	80 %	Pääasiallinen korvausluokka
	40 %	Vähemmän tärkeät lääkkeet
<b>Portugali</b>	100 %	Välttämättömät pitkäaikaissairauksien lääkkeet, esim. dia-betes- ja syöpälääkkeet, tuberkuloosilääkkeet
	70 % / 80 %*	Esim. astma- sekä sydän- ja verisuonisairauksien lääkkeet
	40 % / 50 %*	Esim. rokotteet ja immunoglobuliinit, antimikrobilääkkeet
	20 %	Uudet lääkkeet, joiden terapeuttisesta arvosta ei vielä var-muutta
<b>Ranska</b>	100 %	Välttämättömät ja erityisen kalliit lääkkeet, esim. diabetes-, AIDS- ja syöpälääkkeet. Eräiden pitkäaikaissairauksien lääkkeet
	65 %	Tarpeelliset lääkkeet, esim. antibiootit
	35 %	Esim. akuuttien sairauksien lääkkeet
<b>Suomi</b>	100 %	Välttämättömät pitkäaikaissairauksien lääkkeet, jotka ovat vaikutustavaltaan korvaavia tai korjaavia, esim. diabetes- ja syöpälääkkeet
	75 %	Välttämättömät pitkäaikaissairauksien lääkkeet, esim. ve-renpaine-, astma- ja sydämen vajaatoiminnan lääkkeet
	50 %	Muut lääkkeet

\*) geneeriset lääkkeet

Saksassa ja Tanskassa. Edellä mainittuja harvinaisempia erityisryhmiä ovat raskaana olevat, pienten lasten äidit, lesket ja orvot. Erityisryhmien osuus väestöstä voi olla huomattava. Itävallassa 18 %, Espanjassa 20 %, Irlannissa 38 % ja Saksassa 40 % väestöstä saa lääkkeensä maksutta. Englannissa 85 % lääkkeistöistä on sellaisia, ettei potilaan tarvitse maksaa reseptimaksua.

#### *Muutokset potilaiden maksuosuuksissa*

Vaikka useimmissa EU-maissa potilaiden maksamaa osuutta korvattavien lääkkeiden kustannuksista onkin korotettu useita kertoja 1990-luvulla, ovat korotukset olleet pääasiassa pieniä, lähinnä rahanarvon muutosten vuoksi tehtäviin korotuksiin verrattavia. Näyttäisikin siltä, että potilaiden maksuosuuksien säateleminen ei ole enää ensisijainen keino hallita korvausmenojen kasvua.

Joitakin merkittäviä muutoksia on 1990-luvulla tehty. Belgiassa otettiin vuonna 1992 käyttöön kaksi uutta alemmaa korvausluokkaa, 20 %:n ja 40 %:n korvausluokat. Luxemburgissa taas aiemmin 80 %:n korvausluokkaan kuuluneita valmisteita on siirretty 40 %:n korvausluokkaan. Portugalissa on uusille valmisteille, joiden terapeuttisesta arvosta ei ole vielä varmuutta, luotu oma, muita korvausluokkia alhaisempi korvausluokka. Maassa on myös pyritty edistämään geneeristen valmisteiden käyttöä korvaamalla ne muita valmisteita paremmin. Suomessa nostettiin potilaan kiinteää omavastuuosuutta useita kertoja ja alennettiin alemman erityiskorvausluokan prosenttiosuutta kaksi kertaa 1990-luvun alkupuolella. Ruotsissa 1997 käyttöön otetussa uudessa portaittaisessa korvausjärjestelmässä potilaiden maksuosuutta jouduttiin suurien lääkekorvausmenojen vuoksi nostamaan jo vuonna 1999.

#### **5.4. Korvausjärjestelmän ulkopuoliset toimenpiteet kustannuskasvun hillitsemiseksi**

Lääkekustannuksia pyritään hillitsemään myös korvausjärjestelmän ulkopuolisin toimin. Lääkekustannusten pienentämiseksi apteekkien ja lääketukkukauppojen katteita on tarkistettu ja lääkkeiden hintoja alennettu useimmissa EU-maissa. Myös edullisempien valmisteiden myyntiä pyritään lisäämään erilaisin tukikeinoin. Monissa maissa lääketeollisuudelle on määrätty ylimääräisiä veroja tai maksuja tai hintaneuvottelut on aloitettu uudelleen, mikäli lääkekustannukset ovat kasvaneet ennakoitua enemmän.

Lääkeyrityksiä on myös yhä enemmän otettu mukaan vastaamaan kustannusten kasvusta ja jakamaan sitä epävarmuutta, joka uusien lääkkeiden kustannusvaikuttavuuteen aina liittyy. Käytännössä vastuuta on jaettu lääkeyritysten ja viranomaisten välisiin sopimuksiin. Niissä voidaan esimerkiksi ennalta sopia hyväksyttävästä kustannuskasvusta. Samalla sovitaan myös siitä, miten toimitaan, jos sovitut rajat ylittyvät tai alittuvat. Tämänäyttöisiä sopimuksia on ollut käytössä mm. Englannissa, Espanjassa, Italiassa, Portugalissa ja Tanskassa.

Lääkäreiden lääkkeen määräämiskäytäntöön on pyritty vaikuttamaan sekä lääkärikohtaisten lääkebudjettien että lääkäreille suunnattujen tiedotus- ja koulutusprojektien avulla. Englannissa, Irlannissa ja Saksassa otettiin 1990-luvun alussa käyttöön lääkäribudjetit.

## 6. TULEVAISUUDEN HAASTEET LÄÄKEKORVAUSJÄRJESTELMÄLLE

### 6.1. Lääkehoidot ja lääkekustannukset lähitulevaisuudessa.

Lähitulevaisuudessa lääkehoitojen määrään, laatuun ja kustannuksiin vaikuttavat mm. väestön ikääntyminen, sairastavuudessa tapahtuvat muutokset sekä lääketieteen ja terveydenhuollonteknologian kehitys.

Suomen, kuten useimpien muidenkin teollistuneiden maiden ikärakenne on vanhene-massa. Vuonna 1966 väestöstä 8 % oli 65 vuotta täyttäneitä. Nykyisin osuus on noin 15 % ja vuonna 2010 sen on arvioitu olevan 17 %. Ikääntyneiden osuus lääkekustannuk-sista on suuri: vuonna 1999 noin 39 % lääkekorvauksista maksettiin 65-vuotta täyttä-neille. Väestön ikääntyminen selittää kuitenkin vain pienen osan lääkekorvausten ja –kustannusten kasvusta, esimerkiksi vuoden 2000 lääkekorvausten 10,9 %:n kasvusta noin prosenttiyksikön. Tulevaisuudessa lääkehoitojen tarve ei myöskään mahdollisesti li-säännny samassa suhteessa kuin vanhusväestön määrä. Vanhusväestön entistä paremman terveydentilan ja toimintakyvyn myötä terveydenhuoltopalvelujen ja lääkehoitojen tar-peen uskotaan lykkäytyvän myöhäisempään ikään.

Yleisimmistä sairauksista sydän- ja verisuonisairauksien esiintyvyyden ennustetaan pysyvän ennallaan. Ennaltaehkäisevät toimenpiteet lykkäävät sairastumista myöhem-mälle iälle, mutta sairastuvuus ei sinänsä merkittävästi vähene. Mielenterveyden häiri-öistä skitsofrenia on vähenemässä, mutta lievempiä mielenterveyshäiriöitä diagnosoi-daan ja hoidetaan aiempaa enemmän. Yleistyviä sairauksia ovat mm. aikuistyyppin dia-betes ja syöpätaudit. Myös allergian ja astman esiintyvyyden kasvun arvioidaan jatku-van.

Uudet lääkehoidot lisäävät lähes poikkeuksetta lääkekustannuksia. Osalla hoidoista saa-daan aikaan merkittäviä terveyshyötyjä ja siten parempaa elämänlaatua ja mahdollisesti säästöjä muilla terveydenhuollon alueilla, mutta osa uusista hoitovaihtoehdoista ei ole juuri aikaisempia hoitoja parempia. Terveyden edistäminen kustannustehokkaalla ta-valla tulee olemaan entistä suurempi haaste terveydenhuoltoon ja sosiaalivakuutusta ke-hitettäessä.

### 6.2. Lääketeollisuuden arvio tulevaisuuden näkymistään

Lääketeollisuuden kansainvälisiin kehitysnäkymiin vaikuttavat paitsi teknologian ja lääketieteen edistyminen myös poliittiset, hallinnolliset ja yhteiskunnalliset muutokset. Merkittävimpiä poliittisia muutoksia ovat mm. myyntilupavaatimusten harmonisointi, EU:n lääkealan yhtenäismarkkinoiden kehitys, lääkkeen tehollisen patenttajan lyhene-minen ja hintasäätely; taloudellisia mm. lääkeyritysten globalisaatio, tutkimus- ja tuote-kehityskustannusten kasvu sekä halvat rinnakkaisvalmisteet; yhteiskunnallisia mm. ikääntymisen vaikutus, yhteiskunnan kiinnostus lääkekustannuksiin ja terveystalous-vaatimukset, sekä yksityisvakuutuksen tulo julkisen sektorin rinnalle; ja teknologisia mm. informaatioteknologia, bioteknologia ja ihmisen perimän selvittäminen. Edellä mainitut muutosvoimat ohjaavat lääkehoidon kehitystä, tutkimuksen ja tuotekehityksen resurssien kohdentamista, globalisaatiota, fuusioita, kilpailutilannetta ja koko lääkealan kehitystä.

Lääkkeiden maailmanmarkkinoiden ennustetaan kasvavan vuoteen 2004 mennessä noin 8 % vuodessa. Euroopassa kasvu muodostuu lähinnä kulutuksen kasvusta ja lääkehoitoon kehittyemisestä, USA:ssa myös hinnankorotuksista.

Lääketieteen, teknologian ja diagnostiikan kehitys yhdessä kuluttajasuojelunäkökohtien voimistumisen kanssa on johtanut tutkimus- ja tuotekehityskustannusten voimakkaaseen kasvuun, joka jatkuu edelleen. Paineita nousuun luo erityisesti yhtä potilasta kohti käytettävien tutkimuskustannusten kasvu. Kehitystyön painopiste on siirtynyt akuuteista hoidoista pitkäaikaissairauksiin, kuten syöpään, reumaan, HIV-tautiin, osteoporoosiin, astmaan ja diabetekseen. Myyntiluvan ja korvattavuuden saamiseen vaadittavan tietomäärän lisääntymisen vuoksi lääkkeiden kehitysaika on pidentynyt ja tehollinen patenttiaika lanseerauksesta rinnakkaisvalmisteiden tuloon lyhentynyt. Tehollista patenttiaikaa on lyhentänyt myös samoilla terapia-alueilla toimivien lääkeyritysten keskinäinen kilpailu, jonka seurauksena lääkehoito kehittyy nopeasti myös uusilla terapia-alueilla.

Vaikka kustannusten kasvu jatkuu edelleen, keskimääräinen tutkimus- ja tuotekehitysaika ei ole enää aivan viime vuosina pidentynyt. Lääketeollisuus on pyrkinyt ratkaisemaan aika- ja kustannusongelmia mm. informaatioteknologian ja bioteknologian avulla. Myyntilupamenettelyjen tehokkuutta on lisätty harmonisoimalla Euroopan yhteisöjen jäsenvaltioiden, Japanin ja USA:n viranomaisten ja teollisuuden yhteistyönä näiden maiden myyntilupavaatimukset. Myös EU:n sisällä myyntilupamenettelyä on tehostettu. Myyntilupien harmonisointia ovat kuitenkin hidastaneet maakohtaisten lääkehoitokäytäntöjen erot ja korvausjärjestelmien vaatimukset. Euroopan yhteisöjen tunnustamismenettelyssä myyntiluvan saaneiden ja kansallisen myyntiluvan saaneiden rinnakkaisvalmisteiden indikaatioissa voi olla eroja, mikä saattaa edellyttää nykyistä joustavampia korvausehtoja Suomessa.

Bioteknologia on jo oleellisesti laajentanut lääkehoidon kehitysmahdollisuuksia ja ihmisen perimän selvittämisen (genomiprojektin) odotetaan vaikuttavan samoin. Perimän selvittäminen johtaa lääkevasteen testauksien myötä yksittäiselle potilaalle räätälöityihin lääkkeisiin ja nykyistä tarkempi tieto sairauksien syntymekanismeista ennaltaehkäisevän lääkehoidon kehittymiseen. Potilaskohtaisen vasteen mukainen lääkehoito luo muutospaineita lääkekorvausjärjestelmälle jo parin vuoden sisällä, kanta ennaltaehkäisyyn tulee ratkaistavaksi viimeistään 10–15 vuoden kuluttua.

Erot lääkkeiden hintatasossa ovat selvästi pienentyneet Länsi-Euroopan maiden kesken viimeisen kymmenen vuoden aikana. Lähes kaikissa maissa on otettu kustannusten kasvun hillitsemiseksi käyttöön kansainvälisiä hintavertailuja ja vastaavasti yritykset ovat rinnakkaistuonnin vuoksi rajoittaneet mahdollisuuksia poiketa yrityksen sisäisestä hintataharista. Jatkossa eurooppalaisen hintatason noudattaminen korostuu entisestään kaikissa EU-maissa, myös Suomessa. Viime vuosina myös viranomaisten vaatimukset lääkkeiden terveystaloudellisesta arvioinnista ovat yleistyneet. Suomessa lääkkeiden keskimääräinen tukkuhintataso on jo pitkään ollut lähellä EU:n keskitasoa ja lääkekulutus Pohjoismaiseen tapaa niukkaa, joten suuria muutoksia näihin ei ole odotettavissa (liitekuvat 1 ja 2).

Uusien lääkkeiden saatavuuden parantamisessa EU:ssa haetaan poliittista ratkaisua lääkealan yhtenäismarkkinoiden kehittämisen kautta. Keskusteluissa on tullut esiin mm. hintasäätelyn purkaminen sekä rinnakkaisvalmisteiden käytön edistäminen. EU:ssa kiinnostus rinnakkaisvalmisteisiin liittyy EU:n tulevaan laajenemiseen elintasoiltaan

heikompiin maihin ja siihen, että lähivuosina monen avohoidossa merkittävän lääkkeen patenttisuojat päättyvät. Suomessa vuosina 1998-1999 toteutetun hintakierroksen aikana kilpailevien rinnakkaisvalmisteiden hinnat säädettiin lähes samaksi, joten rinnakkaisvalmisteiden käytön edistämiseksi voidaan jatkossa painottaa yleisen hintatietoisuuden parantamista.

## 7. NYKYISEN LÄÄKEKORVAUSJÄRJESTELMÄN ARVIOINTIA

Nykyisessä lääkekorvausjärjestelmässä valtaosa korvaustapahtumista on varsin yksinkertaisia ja vaivattomia sekä potilaille että sairausvakuutusjärjestelmälle. Yli 95 % korvauksen piiriin kuuluvista lääkeostoista korvataan jo apteekissa ja potilas maksaa lääkkeestään ainoastaan omavastuuosuutensa. Potilaan ei tarvitse sitoa rahojaan edes tilapäisesti korvauksen piiriin kuuluviin menoeriin eikä hakea korvauksia erikseen. Potilas voi valita vapaasti lääkärinsä sekä apteekin, josta hän lääkkeen ostaa.

Lääkekorvausjärjestelmiä verrataan kansainvälisesti usein tarkastelemalla julkisen rahoituksen osuutta avohoidon lääkekustannuksista. Tämä osuus vaihtelee huomattavasti eri maissa (taulukko 6). Vuoden 1997 tilastossa julkisen rahoituksen osuus oli Euroopan alhaisin Kreikassa (17 %). Suurin osuus oli Irlannissa, missä 82 % lääkemenosta korvataan. Suomen korvaustaso, 48 %, oli alle EU-maiden keskitason. OECD:n tilastoiman julkisen rahoituksen osuuden tulkitseminen yksiselitteisesti on mahdotonta tuntematta laajemmin kunkin maan terveyden- ja sosiaalihuollon järjestelmiä ja lääkepolitiikkaa.

Taulukko 6. Julkisen rahoituksen osuus (%) avohoidon lääkekustannuksista EU-maissa, Islannissa ja Norjassa vuonna 1997.

	Osuus (%)
Alankomaat	64
Belgia	45
Englanti	63
Espanja	73
Irlanti	82 (1)
Islanti	65
Italia	41
Itävalta	64
Kreikka	17 (1)
Luxemburg	80 (1)
Norja	79 (1)
Portugali	66
Ranska	62
Ruotsi	71
Saksa	71
Suomi	48
Tanska	51

(1) vuoden 1996 tieto

Lähde: OECD Health Data

Lääkekustannukset tulevat edelleen kasvamaan. Korvausjärjestelmän haasteena on kaventaa korvaukset siten, että yhteiskunnan sijoittamille varoille saadaan mahdollisimman suuri vaste.

Useiden muiden Euroopan maiden tapaan korvaustaso on Suomessa sidottu sairauden vakavuuteen. Pitkäaikaisten ja vaikeiden sairauksien lääkkeiden kustannuksista korvataan erityiskorvausjärjestelmän kautta jo apteekissa peruskorvausta enemmän. Tällä tavoin on haluttu tukea erityisesti sellaisia potilaita, joilla on pitkäaikaisia lääkehoitoja. Erityiskorvausjärjestelmän avulla on voitu myös ohjata lääkkeiden määräämiskäytäntöä sellaisiin lääkehoitoihin, joiden on katsottu olevan tehokkuudeltaan hyviä ja kustannuksiltaan kohtuullisia. Järjestelmän avulla on pyritty tukemaan erityisesti kansansairauksia ja sairauksia, jotka aiheuttavat hyvin suuria potilaskohtaisia kustannuksia. Yli 1,1 miljoonalla suomalaisella onkin oikeus erityiskorvattaviin lääkkeisiin.

Erityiskorvausjärjestelmä on ollut käytössä vuodesta 1964 ja käyttöönottonsa jälkeen siihen on jatkuvasti otettu lisää sairauksia ja lääkkeitä. Vain hyvin harvoin erityiskorvausluokkaan kuulunut sairaus tai lääke on siirretty peruskorvausluokkaan. Erityiskorvauksen piirissä on arvioitu olevan sellaisia sairauksia ja lääkkeitä, jotka eivät nykykäsityksen mukaan sinne kuuluisi. Järjestelmän ajanmukaistamisesta onkin tehty useita aloitteita, mutta toistaiseksi uudelleenarviointityötä ei ole toteutettu. Lääkeyritysten puolelta erityiskorvausjärjestelmää on kritisoitu menettelystä, jolla lääke otetaan erityiskorvattavaksi. Euroopan tuomioistuimen käsiteltävänä on kanne menettelytavoista Suomen valtiota vastaan.

Lääkekorvausten kasvuvauhti ja uusien hoitojen markkinoille tulo on ollut viimeisen vuosikymmenen aikana nopeaa. Kustannuskasvun hillitsemiseksi, käytettävissä olevien varojen tehokkaan käytön turvaamiseksi ja uusien potilasryhmien ja lääkehoitojen saamiseksi korvausjärjestelmään on tehty rajauksia, joilla on pyritty kohdentamaan korvaukset potilaille, jotka käytettävissä olevan tiedon perusteella hyötyvät hoidoista eniten. Tällaisia muutoksia ovat olleet mm. merkittävien ja kalliiden lääkkeiden ryhmän käyttöön otto ja erityiskorvausoikeuksiin liittyvät rajoitukset. Rajausten käyttöönotto on osaltaan monimutkaistanut järjestelmää, tehnyt sitä vaikeammin ymmärrettäväksi ja lisännyt sen vaatimaa hallinnollista työtä Kansaneläkelaitoksessa, apteekeissa ja lääkäreiden vastaanotoilla.

Lääkehoitojen kustannusten nopea kasvuvauhti on aikaansaanut myös sen, että lääkekustannusten vuotuisen omavastuurajan ylittäjien määrä kasvaa jatkuvasti. Omavastuun ylittymisen jälkeen potilaan hankkimat korvattavat lääkkeet ovat hänelle maksuttomia ja käytännössä on osoittautunut, että potilaiden hankkimat lääkemäärät lisääntyvät katon ylittymisen jälkeen. Omavastuun täyttymisen jälkeen suoritettavista lisäkorvauksista on vähitellen tullut neljäs korvausluokka, josta korvataan entistä enemmän hoidollisesti vähemmän tärkeitä lääkkeitä. Kattokorvauksien käyttöönotto on merkinnyt voimakasta hallintomenojen kasvua.

Nykyisen lääkekorvausjärjestelmän arviointia sisältyy myös työryhmän väliraporttiin.



## 8. LÄÄKEKORVAUSJÄRJESTELMÄN KEHITTÄMISMALLEJA

### 8.1. Johdanto

Työryhmä tarkasteli työnsä aikana useita teoreettisia korvausmalleja. Seuraavassa tarkastellaan nykyjärjestelmän pohjalta kehitettyä mallia, lääkkeen hyödyllisyyteen perustuvaa mallia, kahta lääkekustannuksiin perustuvaa mallia sekä kuntarahoitteista mallia. Mallien jälkeen on esitelty kolme kaikkiin malleihin sisältyvää menettelytapaa: tukkuhintojen kohtuullisuuden vahvistaminen, negatiivilista ja vuotuisen omavastuun ylittymisen jälkeen maksettava omavastuu. Luvun lopussa on otettu esille erilliskysymyksiä, joihin työryhmässä haluttiin kiinnitettävän huomiota.

### 8.2. Nykyjärjestelmästä kehitetty malli

#### *Mallin perusrakenne*

Nykyjärjestelmän pohjalta kehitetty malli sisältäisi kaksi korvausluokkaa: peruskorvausluokan ja yhden erityiskorvausluokan. Peruskorvausluokka olisi nykyistä peruskorvausluokkaa laajempi ja sen keskimääräinen korvaustaso asettuisi nykyisten peruskorvausluokan ja alemman erityiskorvausluokan korvaustasojen väliin.

Erityiskorvattavien lääkkeiden määrä olisi nykyistä pienempi. Erityiskorvausluokkaan kuuluvat sairaudet, erityiskorvausoikeuden edellytykset ja erityiskorvattavat lääkkeet määritettäisiin erikseen. Erityiskorvattavia olisivat vaikeiden ja pitkäaikaisten sairauksien hoidossa välttämättömät ja elintärkeät lääkkeet, jotka valikoitaisiin selkein ja johdonmukaisin lääketieteellisin perustein ja jotka olisi osoitettu kustannusvaikuttavuudeltaan hyviksi. Jotta korvausjärjestelmä seuraisi sairauksista ja lääkkeistä saatavaa uutta tutkimustietoa ja sairauksien hoidossa tapahtuvaa kehitystä, tarkistettaisiin erityiskorvattavien sairauksien ja lääkkeiden luettelo säännöllisesti. Tämä voi tarkoittaa sekä lääkkeiden lisäämistä että niiden poistamista luettelosta. Tarkistukset tekisi erillinen asiantuntijaelin. Luokan korvaustaso olisi lähellä nykyisen ylemmän erityiskorvausluokan korvaustasoa.

#### *Omavastuun laskutapa*

Potilaan omavastuu lääkekustannuksista voitaisiin laskea joko ostokertakohtaisesti, lääkekohtaisesti tai prosenttiperusteisesti.

*Ostokertakohtainen omavastuun laskutapa* on käytössä nykyjärjestelmässä. Yhdellä kertaa ostamistaan saman korvausluokan lääkkeistä potilas maksaa yhden markkamääräisen omavastuun ja oston loppusummasta korvaus lasketaan prosenttiperusteisesti. Käytettäessä ostokertakohtaista laskutapaa lääkkeen käyttäjän kannattaa keskittää tarvitsemiensa lääkkeiden hankinta. Keskittäminen helpottaa lääkkeiden kokonaisuuden seurantaa apteekissa, mutta toisaalta omavastuuta pienentääkseen lääkkeen käyttäjä saattaa hankkia apteekissa käydessään myös sellaisia lääkkeitä, joiden tarpeesta ei ole varmuutta. Ostojen keskittäminen voi olla hankalaa silloin, kun tarvittavien valmisteiden pakkauskoot eroavat ja lääkkeet loppuvat eri aikoihin. Ostokertakohtaisen korvauksen laskentatapa, erityisesti jos käytössä on useita korvausluokkia, voi olla vaikeasti ymmärrettävä. Korvauksen määrää ei voi myöskään etukäteen laskea tietämättä koko oston sisältöä.

*Lääkekohtaisessa omavastuun laskutavassa* korvauksen määrä laskettaisiin jokaiselle ostokerran lääkkeelle erikseen. Potilaan maksuosuus koostuisi kiinteästä osuudesta, jonka ylittävältä osalta korvaus laskettaisiin prosenttiperusteisesti. Lääkkeen käyttäjän maksettavaksi jäävän omavastuun suuruus on aina sama riippumatta siitä, hankkiiko hän lääkkeensä samanaikaisesti vai eri ostokertoilla. Ostokertakohtaiseen omavastuun laskutapaan verrattuna lääkekohtainen laskutapa olisi todennäköisesti potilaille nykyistä helpommin ymmärrettävissä, koska jokaisen lääkkeen korvaus voitaisiin laskea erikseen. Toisaalta lääkekohtaista laskutapaa käytettäessä useita eri lääkkeitä käyttävän potilaan maksuosuus lääkekustannuksista helposti nousee korkeammaksi kuin ostokertakohtaista laskutapaa käytettäessä.

Lääkekohtaisessa omavastuumallissa kiinteän omavastuun suuruus vaikuttaa siihen, miten suuri osa lääkkeistä korvattaisiin nykyjärjestelmään verrattuna. Vuonna 2000 korvatusta noin 26 miljoonasta reseptistä 700 000 reseptin (3 %) kustannus oli alle 30 markkaa ja 2,4 miljoonan reseptin (9 %) alle 50 markkaa. Jos lääkekohtainen kiinteä omavastuu olisi pienempi kuin nykyinen ostokertakohtainen kiinteä omavastuu, tulisi korvauksen piiriin jonkin verran aiemmin hintansa vuoksi korvaamatta jääneitä lääkeostoja.

*Prosenttiperusteisessa omavastuun laskutavassa* ei olisi kiinteää omavastuuta lainkaan, vaan korvaus laskettaisiin pelkästään prosenttiosuutena valmisteiden kustannuksista. Myös tässä laskutavassa potilaan maksettavaksi jäävä osuus lääkkeiden kustannuksista olisi sama riippumatta siitä, hankkiiko hän eri lääkkeensä samanaikaisesti vai erikseen. Potilaalle olisi myös yhtä edullista hankkia useita pakkauksia sisältävät lääke-erät pakkauksittain kuin yhdellä kertaa. Tämä mahdollisesti vähentäisi turhien pakkauksien kertymistä koteihin. Prosenttiperusteisessa järjestelmässä kiinteä omavastuu ei pudottaisi edullisia lääkevalmisteita korvauksen piiristä, vaan kaikkien korvattavien lääkkeiden kustannuksista korvattaisiin osa. Tämä lisäisi jonkin verran korvattavia lääkeostoja nykyisestä. Kaikki korvattavat lääkkeet kerryttäisivät myös potilaiden omavastuukattoa. Prosenttiperusteinen malli olisi todennäköisesti potilaille nyt esitellyistä malleista ymmärrettävin.

#### *Vaikutus korvaustasoon ja korvausmenoihin*

Nykyjärjestelmään verrattuna esitetty malli pienentäisi useiden nykyisin erityiskorvattujen ja parantaisi nykyisin peruskorvattujen lääkkeiden korvauksia. Mallin kustannusvaikutusten laskeminen edellyttää kuitenkin erityiskorvausluokan tarkempaa määrittämistä.

### **8.3. Lääkkeen hyödyllisyyteen perustuva malli**

Lääkkeen hyödyllisyyteen perustuvassa mallissa lääkkeistä maksettavat korvaukset porrastettaisiin hoidon välttämättömyyden ja lääkkeen hyödyllisyyden perusteella. Mallissa ei ole otettu kantaa, kuinka suuri osa lääkkeiden kustannuksista tulisi korvata. Erittäin hyödyllisten lääkkeiden kustannuksista kuitenkin korvattaisiin suurempi osuus kuin hyödyllään kohtalaisten lääkkeiden kustannuksista. Lääkkeen hyödyllisyyttä arvioitaessa huomioitaisiin sairauskohtaisesti lääkkeen vaikuttavuus sekä lääkkeestä koituvat kustannukset samoin kuin terveydelliset ja taloudelliset hyödyt vaihtoehtoihin hoitoihin verrattuna. Malli pyrkii ohjaamaan käytettävissä olevat varat siten, että niillä saataisiin aikaan mahdollisimman paljon terveyshyötyjä.

### *Mallin perusrakenne*

Lääkkeen hyödyllisyyteen perustuva malli sisältäisi nykyisen korvausjärjestelmän tapaan peruskorvausluokan ja kaksi erityiskorvausluokkaa. Ylempään erityiskorvausluokkaan kuuluisi erittäin vakaviksi ja alempaan erityiskorvausluokkaan vakaviksi luokiteltuja sairauksia. Sama sairaus voisi periaatteessa kuulua kahteen erityiskorvausluokkaan. Esimerkiksi sairauden vakava muoto voisi kuulua alempaan ja erittäin vakava muoto ylempään erityiskorvausluokkaan.

Peruskorvausluokkaan kuuluisivat nykyisen järjestelmän tapaan lääkevalmisteet, joille sosiaali- ja terveysministeriön yhteydessä toimiva lääkkeiden hintalautakunta on vahvistanut korvauksen perusteeksi kohtuullisen tukkuhinnan. Mikäli lääkeaine haluttaisiin erityiskorvattavaksi, sen hyödyllisyys arvioitaisiin erikseen. Erityiskorvausluokkiin kuuluisi erittäin vakavien ja vakavien sairauksien hoitoon tarkoitettuja lääkeaineita. Alempaan erityiskorvausluokkaan kuuluisi lääkeaineita, jotka on arvioitu vähintään hyödyllisiksi, ja ylempään erityiskorvausluokkaan lääkeaineita, jotka ovat erittäin hyödyllisiä kyseisen sairauden hoidossa. Hyödyllisyydeltään kohtalaiset erityiskorvattavien sairauksien hoitoon tarkoitettut lääkkeet olisivat peruskorvattavia.

Korvausluokka		Lääkeaineen hyödyllisyys		
		Kohtalaisen hyödyllinen	Hyödyllinen	Erittäin hyödyllinen
0-luokka	Erillinen luettelo	(x)		
Peruskorvausluokka		X	X	X
Alempi erityiskorvausluokka	Erillinen sairausluettelo		X	X
Ylempi erityiskorvausluokka	Erillinen sairausluettelo			X

### *Sairauksien luokittelu*

Laissa määriteltäisiin kriteerit, joiden perusteella luokiteltaisiin erityiskorvattaviin lääkkeisiin oikeuttavat sairaudet ja niiden jakautuminen alempaan ja ylempään erityiskorvausluokkaan. Luokittelun tekisi sosiaali- ja terveysministeriön nimittämä, johtavista asiantuntijoista koostuva arviointiryhmä. Luokittelun perusteella tehty erityiskorvattavien sairauksien luettelo annettaisiin esimerkiksi valtioneuvoston asetuksena. Luokittelua tarkistettaisiin määräajoin ja tarvittaessa erityiskorvattavien sairauksien luetteloon voitaisiin lisätä tai siitä voitaisiin poistaa sairauksia.

### *Lääkeaineiden luokittelu*

Myös erityiskorvattavien lääkeaineiden luokittelukriteerit määriteltäisiin laissa. Luokittelun tekisi sosiaali- ja terveysministeriön alainen korvausneuvottelukunta tai jokin muu pysyvä asiantuntijaryhmä. Luokiteltaessa lääkeaineen hyödyllisyyttä erityiskorvausjärjestelmää varten tulisi lääkkeestä olla riittävästi käyttökokemusta ja/tai tutkimuksellista tietoa. Mikäli neuvottelukunta ei kykenisi luokittelemaan lääkettä, voitaisiin erityiskorvauspäätös siirtää myöhemmäksi, esimerkiksi kahden vuoden päähän.

Luokittelussa saman sairauden hoitoon tarkoitettut lääkeaineet pyrittäisiin asettamaan järjestykseen hyödyllisyytensä perusteella. Lääkkeet voitaisiin luokitella esimerkiksi a)

erittäin hyödyllisiin, b) hyödyllisiin ja c) kohtalaisen hyödyllisiin. Hyödyllisyyttä arvioitaessa tarkasteltaisiin sairauden vaikeusaste ja muut hoitovaihtoehdot huomioon ottaen mm. lääkkeen vaikuttavuutta, tarpeellisuutta ja kustannusvaikuttavuutta.

Esimerkiksi Ranskassa lääkevalmisteen hintaa määritettäessä arvioidaan sen asema vertailuhoitoihin nähden. Tässä luokituksessa (ns. ASMR-luokitus) lääkevalmisteet on jaoteltu (i) terapeuttisiin edistysaskeleisiin, (ii) valmisteisiin, jotka ovat merkittävästi tehokkaampia ja/tai joilla on merkittävästi vähemmän haittatapahtumia kuin vertailuvalmisteilla, (iii) valmisteisiin, jotka ovat jonkin verran tehokkaampia ja/tai joilla on jonkin verran vähemmän haittatapahtumia kuin vertailuvalmisteilla, (iv) valmisteisiin, joilla on vähäisiä etuja vertailuvalmisteisiin verrattuna, (v) valmisteisiin, jotka eivät ole vertailuvalmisteita parempia ja (vi) valmisteisiin, joilla ei ole saavutettavissa etuja ja jotka eivät ole korvattavia.

Korvausneuvottelukunta tekisi ehdotuksen lääkeaineiden luokitteluksi. Luettelo erityiskorvattavien sairauksien hoidossa käytettävistä lääkeaineista annettaisiin esimerkiksi valtioneuvoston asetuksena. Hyödyllisyysluokitus olisi määräaikainen, ja sitä tarkistettaisiin määräajoin ottaen huomioon uudet käyttöön tulleet lääkeaineet ja sairauksista ja niiden hoitomahdollisuuksista saatu uusi kliininen tieto.

Kansaneläkelaitos ylläpitäisi valtioneuvoston asetuksen perusteella erityiskorvattavien valmisteiden kauppanimien luetteloa.

#### *Potilaan oikeudet erityiskorvattuihin lääkkeisiin*

Yksittäisen potilaan oikeus erityiskorvattaviin lääkkeisiin päätettäisiin Kansaneläkelaitoksessa lääkärinlausunnon perusteella.

#### *Muita huomioita*

Mallissa lääkettä arvioitaisiin ensimmäisen kerran päätettäessä lääkkeen kohtuullisesta tukkuhinnasta. Tässä yhteydessä arvioidaan, täyttääkö lääke korvattavalle lääkkeelle asetetut vaatimukset. Erityiskorvauksen piiriin haluttu lääke arvioitaisiin uudelleen hyödyllisyysluokittelua varten. Tällöin lääkeaineen asemaa muihin käytettävissä oleviin hoitoihin verrattuna arvioidaan hintapäätöstä laaja-alaisemmin.

### **8.4. Kustannusperusteinen malli, jossa kiinteä lääkekohtainen omavastuu**

#### *Mallin perusrakenne*

Tässä kustannusperusteisessa mallissa olisi vain yksi korvausluokka, johon kuuluisivat kaikki korvattavat lääkkeet. Lääkkeiden kustannuksia korvattaisiin lääkekohtaisen kiinteän omavastuun ja sen ylittävältä osalta prosentuaalisen omavastuun yhdistelmällä. Kiinteä omavastuu olisi nykyisiä kiinteitä omavastuita korkeampi, noin 60 – 100 markkaa. Omavastuun ylittävistä kustannuksista korvattaisiin nykyistä suurempi osuus, 80 – 90 %. Näin ollen kustannuksiltaan halvimmat lääkkeet jäisivät kokonaan tai suurelta osin potilaan maksettaviksi ja korvaukset kohdentuisivat lääkkeisiin, joiden kustannukset ovat korkeat.

### *Kiinteän omavastuun vaikutus korvattaviin ostoihin*

Kiinteän omavastuun korkeus vaikuttaa siihen, miten suuri osa nykyisin korvattavista lääkkeistä tulisi tässä mallissa korvauksen piiriin. Vuoden 2000 korvaustilastossa alle 60 markan lääkeostoja oli 4,3 miljoonaa kappaletta (17 % korvatuista lääkeostoista), alle 80 markan lääkeostoja 7,1 miljoonaa kappaletta (28 % korvatuista lääkeostoista) ja alle 100 markan ostoja 9,8 miljoonaa (38 % korvatuista lääkeostoista).

### **8.5. Kustannusperusteinen malli, jossa vuotuinen omavastuu**

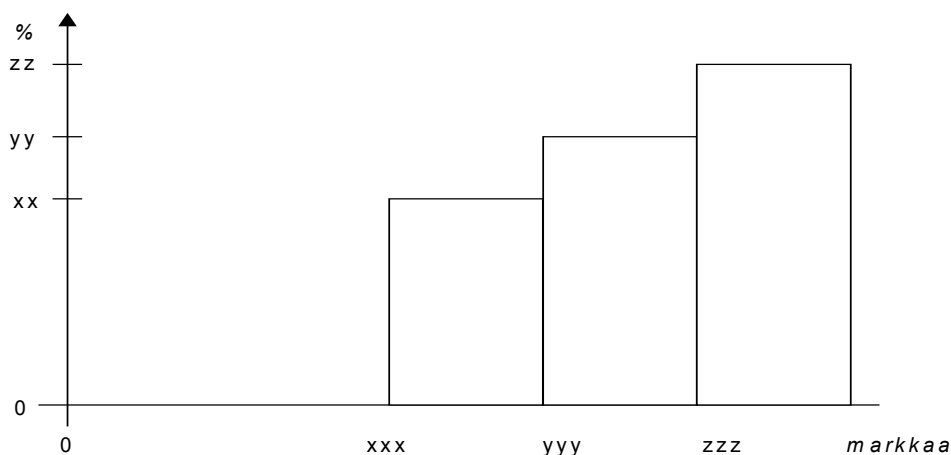
#### *Mallin perusrakenne*

Vuotuisen omavastuun sisältävä kustannusperusteinen malli perustuu ajatukseen, että henkilöt, joiden vuotuiset lääkekustannukset ovat pienet maksaisivat niistä itse suuremman osuuden kuin henkilöt, joiden lääkekustannukset ovat suuret. Malli kohtelisi kaikkia sairauksia ja korvausjärjestelmän piirissä olevia lääkkeitä samalla tavalla.

Mallissa potilaalle maksettavan korvauksen suuruus perustuisi ainoastaan 12 kuukauden aikana hankittujen korvattavien lääkkeiden kokonaiskustannuksiin. Potilaat maksaisivat itse lääkekuluistaan nykyistä selvästi korkeamman alkuomavastuun, minkä jälkeen lääkekustannuksia alettaisiin korvata prosenttiperusteisesti. Korvausosuus olisi sitä suurempi, mitä suuremmiksi kokonaiskustannukset muodostuvat vuoden aikana.

Potilaiden alkuomavastuu olisi noin 500–1000 markkaa, minkä täyttymisen jälkeen lääkekustannuksia alettaisiin korvata. Kustannusten kasvaessa korvausosuus kasvaisi portaittain. Portaita voisi olla 2–3. Potilaan lääkekustannusten ollessa alimmalle portaalle asetetuissa rajoissa niistä korvattaisiin esimerkiksi 50 %, seuraavalla portaalla 75–80 % ja mahdollisella kolmannella portaalla 90 %. Kustannusten ylitettyä ylimmän portaan ylärajan potilas maksaisi lääkkeitään kiinteän lääkekohtaisen maksun.

*Lääkekustannusten korvausprosentti*



Potilaan lääkekustannukset 12 kuukauden aikana

Lääkekustannusten ja -korvausten seuraaminen edellyttäisi ajantasaista rekisteriä, josta voitaisiin kulloinkin selvittää potilaan aiemmat lääkeostot ja niiden kustannukset. Tämä vaatisi joko älykortin käyttöönottoa tai reaaliaikaista tietokoneysteitä kansalliseen re-

kisteriin. Jotta potilaan kanssa voitaisiin keskustella lääkehoidon kustannuksista jo lääkärin vastaanotolla, tulisi myös lääkärillä olla pääsy näihin tietoihin.

Alkuomavastuun suuruus vaikuttaa siihen, kuinka suuri osa korvattavia lääkkeitä käytävistä potilaista tulisi mallissa korvauksen piiriin. Vuoden 2000 korvaustilastossa 45 %:lla (1,5 miljoonalla henkilöllä) korvattuja lääkkeitä käyttäneistä yhteenlasketut lääkekustannukset olivat alle 600 markkaa.

## 8.6. Kuntarahoitteinen malli

### *Määritelmä ja mallin periaatteet*

Kuntarahoitteisen mallin tavoitteena on saattaa lääkehoito kiinteämmäksi osaksi terveydenhuoltoa ja tällä tavoin estää epätarkoituksenmukaisia hoitovalintoja, jotka johtuvat terveydenhuollon eri rahoituskanavista. Järjestelmässä lääkkeet ja muut hoitovaihtoehdot olisivat tasavertaisia vaihtoehtoja.

Nykyjärjestelmässä julkinen terveydenhuolto järjestetään verovaroin kuntien kautta lukuun ottamatta avohoitolääkkeitä, jotka korvataan sairausvakuutusmaksuin Kansaneläkelaitoksen kautta. Kuntarahoitteisessa mallissa lääkehoidon kustannusten julkinen rahoitus järjestettäisiin pääosin yhden järjestelmän ja rahoituskanavan kautta. Julkinen terveydenhuolto vastaisi kaikesta julkisessa järjestelmässä määrätystä lääkityksestä eli sekä sairaalalääkkeistä että avohoidon lääkkeitä. Tätä varten lääkekorvauksiin tarkoitettuja varoja siirrettäisiin kuntien valtionosuuksiin, jotka jaettaisiin laskennallisoin perustein samoin kuin muukin terveydenhuollon valtionosuus.

### *Mallin perusrakenne*

Kunta vastaisi *julkisessa terveydenhuollossa määrättyjen lääkkeiden* kustannuksista. Potilaan maksuosuus avohoidossa määrätystä lääkkeestä voitaisiin järjestää kahdella vaihtoehtoisella tavalla. Lääkkeen kustannus voisi sisältyä potilaan terveystieteiden keskukselle, sairaalalle tms. maksamaan asiakasmaksuun. Maksu olisi kiinteä ja riippumaton lääkkeen hinnasta, sairauden vaikeusasteesta, lääkkeen vaikuttavuudesta tai muusta vastaavasta tekijästä. Järjestely olisi sama kuin nykyisissä terveydenhuollon asiakasmaksuissa, jotka ovat samat hoidon kustannuksista riippumatta. Lääkehoidon tarpeellisuuden arvioisi potilasta hoitava lääkäri, joka lääkettä määrätessään vertailisi hoitovaihtoehtojen kustannusvaikuttavuutta. Vaihtoehtoisena mallina olisi lääkkeestä perittävä erillinen asiakasmaksu, joka olisi porrastettu samantapaisesti kuin nykyisessä lääkekorvausjärjestelmässä. Molemmissa vaihtoehdoissa lääke toimitettaisiin potilaalle apteekista, josta potilas saisi sen ilman erillistä maksua. Lääkkeen toimittanut apteekki laskuttaisi lääkkeestä potilaan kotikuntaa.

Julkisen terveydenhuollon potilailla olisi nykyisten asiakasmaksukaton ja lääkkeiden vuotuisen omavastuukaton sijasta yksi maksukatto, johon laskettaisiin mukaan myös mahdolliset lääkkeitä koskevat asiakasmaksut.

*Yksityisestä terveydenhuollosta määrättyt lääkkeet* korvattaisiin ja rahoitettaisiin nykyiseen tapaan.

Kuntarahoitteisen mallin käyttöönotto merkitsisi todennäköisesti sitä, että aikaisempaa suurempi osa lääkkehoidoista määrättäisiin julkisesta terveydenhuollosta.

## 8.7. Esitetyille malleille yhteisiä menettelyjä

## Tukkuhinnan kohtuullisuus

Lääkekorvausjärjestelmään pääsyn edellytyksenä olisi nykyjärjestelmän tapaan se, että lääkkeelle olisi vahvistettu kohtuullinen tukkuhinta.

## Negatiivilistan käyttöönotto

Lääkekorvauksia voitaisiin kohdentaa vaikuttaviin ja pitkäaikaisiin lääkehoitoihin ottamalla käyttöön ns. negatiivilista eli luettelo lääkkeistä, joita ei korvattaisi lainkaan. Luokkaan kuuluisivat erikseen määriteltävät lääkeaineet tai –ryhmät, joiden vaikutavuus on todettu vähäiseksi tai joiden korvaamista ei pidetä muista syistä tarkoituksenmukaisena. Muissa Euroopan maissa korvausjärjestelmän ulkopuolelle jätettyjä lääkeryhmiä on kirjattu liitetaulukkoon 3.

*Vuotuinen omavastuu ('katto')*

Vuotuisen omavastuun ylittymisen jälkeisiä lääkeostoja voitaisiin hillitä ja järkiperaistää määräämällä ylittymisen jälkeisille ostoille kiinteä omavastuu. Vuonna 2000 omavastuukaton ylittäneet hankkivat katon ylittymisen jälkeen lääkkeitä keskimäärin 12 läake-erää. Kerrallaan he hankkivat keskimäärin kahta eri lääkettä. Katon ylittäneistä 56 % hankki ylityksen jälkeen alle 10 läake-erää, 82 % alle 20 läake-erää ja 98 % alle 50 läake-erää.

Esimerkiksi 4 euron (23,78 markan) lääkekohtaisella kiinteällä omavastuulla 12 lääke-erää hankkineelle potilaalle tulisi tästä omavastuusta 48 euron (285 markan) lisäkustan- nus nykyjärjestelmään verrattuna.

## 8.8 Erilliskysymyksiä

### 8.8.1 Apteekkien annosjakelupalvelu

Yksi työryhmässä esiintunut toimintamenettely on lääkkeiden jakelu apteekeissa potilaskohtaisesti annoksiin eli annosjakelu. Tällöin apteekki toimittaa lääkkeet potilaille valmiiksi jaeltuina yhden tai kahden viikon erinä tätä varten kehitetyissä annostelijoissa. Palvelu on tarkoitettu henkilöille, jotka eivät itse kykene huolehtimaan lääkityksestään. Annosjakelun mahdollisuuksia tehostaa lääkehoitoja ja vähentää koteihin kertyvien käyttämättömien lääkkeiden määrää samoin kuin annosjakelun kustannuksien maksamiseen liittyviä kysymyksiä olisi selvitettävä erikseen.

Ruotsissa apteekkien annosjakelu on ollut vakiintunut käytäntö jo 1980-luvulta lähtien. Jakelun piirissä on nykyisin yli 150 000 henkilöä ja noin 10 % yli 64-vuotiaista. Apteekit ovat käynnistämässä laajamittaista annosjakelupalvelua myös Tanskassa, jossa toimintamalli on sisällytetty parhaillaan vireillä olevaan apteekkitoimintaa koskevaan lainsäädäntömuutokseen.

### 8.8.2 Tulojen huomioon ottaminen vuotuisessa omavastuukatossa

Jos omavastuukattoa nostettaisiin nykyisestä merkittävästi, se voisi nousta joillekin potilasryhmille kohtuuttoman korkealle. Tällaisia potilasryhmiä ovat esimerkiksi pienituloiset pitkäaikaissairaat. Ratkaisuvaihtoehtona on esitetty yleisen omavastuun rinnalle tuloihin sidottua joustavaa omavastuukattoa. Käytännössä tämä merkitsisi uudenlaisen lääkekorvauksen kehittämistä, jossa vakuutetun lääkekustannusten vuotuinen omavastuukatto suhteutettaisiin tarvittaessa vakuutetun tuloihin. Tällöin yleinen omavastuuraja voitaisiin asettaa esimerkiksi tavanomaisen palkansaajan tulotason perusteella eikä täyden kansaneläkkeen määrän mukaisesta vähimmäistulosta.

Mallin lähtökohtana olisi, että lääkkeiden vuotuinen omavastuu olisi kaikille samansuuruinen. Poikkeustapauksessa potilas olisi erillisharkinnan perusteella oikeutettu alennettuun vuotuisen omavastuuseen hänen tulojensa jäädessä alle laissa säädetyn tulorajan ja tarpeellisten lääkekustannusten ylitettyä tietyn määrän. Alennettu vuotuinen omavastuu olisi joko potilas- tai perhekohtainen ja se voitaisiin määritellä joko kiinteämääräiseksi tai asteittain tulojen suhteessa alenevaksi.

Kansaneläkelaitos sairausvakuutusjärjestelmän toimeenpanijana ratkaisisi oikeuden alennettuun vuotuisen omavastuuseen. Ratkaisua tehtäessä jouduttaisiin arvioimaan vakuutetun toimeentuloedellytykset, elatusvelvollisuus ja muut huollolliset seikat.

Tuloihin sidotun omavastuurajan sisällyttäminen järjestelmään lisäisi hallinnollista työtä ja edellyttäisi ainakin sairausvakuutuksen lääkekorvausten ja toimeentulotuen yhteensovittamista uusien tuloloukkutilanteiden ehkäisemiseksi. Tarveharkinnan sisällyttäminen lääkekorvausjärjestelmään merkitsisi kokonaan uuden menettelytavan luomista sairausvakuutukseen. Lisäksi se vaatisi ainakin tulorajojen, tulojen ja perheen tarkkaa ja yksiselitteistä määrittelyä.

Malli sai työryhmässä vain vähäistä kannatusta.

### 8.8.3 Erityisluvalliset valmisteet

Erityisluvallinen valmiste on lääkevalmiste, jolla ei ole myyntilupaa, mutta jolle Lääkelaitos on erityisistä sairaanhoidollisista syistä myöntänyt luvan kulutukseen luovuttamisesta.

Lääkelaitos myöntää vuosittain 14 000 – 15 000 erityislupaa. Näistä lähes puolet myönnetään potilaskohtaisina lupina avohoitoon. Erityisluvalla luovutetuista lääkevalmisteista osa on uusia, myyntiluvanhakemuskäytössä olevia ja osa pienimenekkisiä valmisteita, joita ei joko tuoda Suomen markkinoille tai joiden myyntilupa on peruuntunut. Erityisluvallinen valmiste korvataan, jos sillä on korvausperusteeksi hyväksytty tukkuhinta. Erityislupien hakemiseen ja erityislupavalmisteiden hinnanvahvistamiseen liittyvät hallinnolliset kysymykset tulisi selvittää erikseen.

### 8.8.4 Harvinaislääkkeet

Harvinaislääkkeellä tarkoitetaan lääkettä, jolla hoidetaan harvinaista sairautta. Sairaus määritellään harvinaiseksi, jos sen esiintyvyys on enintään viisi tapausta kymmentä-



hatta asukasta kohti. Eräistä perinnöllisistä aineenvaihduntasairauksista kärsiviä voi yhdessä maassa olla vain muutamia.

Suomessa on markkinoilla hyvin vähän harvinaislääkkeitä, joilla on myyntilupa. Harvinaislääkkeitä käytetäänkin pääasiassa sairaalan tai terveyskeskuksen hakemalla erityisluvalla, mutta jonkin verran myös avohoidossa apteekin potilaan puolesta hakemalla henkilökohtaisella erityisluvalla. Harvinaislääkkeiden hinnanvahvistamismenettelyjä ja korvaamista sairausvakuutuksesta olisi perusteltua selvittää tarkemmin.

### **8.8.5 Hinnanmuodostus ja lääkekustannuksiin vaikuttaminen**

Työryhmässä keskusteltiin hinnanmuodostukseen, hinnanvahvistamismenettelyyn ja edullisempien lääkevalmisteiden myyntiin liittyvistä asioista. Esillä olivat muun muassa kansainväliset hintavertailut, lääkkeiden tutkimus- ja kehityskustannukset, lääkkeiden terveystaloudelliset selvitykset, rinnakkaistuonti, geneeristen valmisteiden käytön lisääminen ja korvausjärjestelmän ulkopuolelle vapaaseen hinnoitteluun siirretyt hoidollisesti tärkeät valmisteet. Nämä kysymykset tulisi selvittää erikseen.

## **9. LÄÄKEKORVAUSMALLIEN VERTAILUA**

### *Mallien tavoitteet ja korvausten kohdentaminen*

Esitetyt mallit eroavat paitsi rakenteeltaan myös siinä, millä perusteilla ne kohdentavat korvausmenoja. Nykyjärjestelmän pohjalta kehitetyssä mallissa lääkekorvauksia pyritään kohdentamaan erityisesti pitkäaikaissairaille sellaisiin lääkehoitoihin, jotka ovat potilaalle välttämättömiä, tehokkaita ja kokonaishyödyiltään hyviä. Lääkkeiden hyödyllisyyteen perustuva malli sisältää samoja periaatteita kuitenkin siten, että siinä lääkkeet jaettaisiin useampaan korvausluokkaan. Hyödyllisyyteen perustuvassa mallissa on pyritty kehittämään lääkehoitojen arviointiperusteita ja arvioinnin menettelytapoja.

Molemmissa kustannusperusteisissa malleissa korvaukset kohdentuvat niille, joille syntyy lääkeshoidosta suurimmat kustannukset. Tällöin korvaus ei riipu lääkkeen hyödyllisyydestä tai sairauden vaikeusasteesta. Mikäli omavastuu lasketaan lääkekohtaisesti, kohdentuvat korvaukset kalliisiin lääkeostoihin ja kustannuksiltaan edulliset lääkkeet potilaat maksavat kokonaan tai suurimmaksi osaksi itse. Vuotuisen omavastuun mallissa 12 kuukauden aikana käytettyjen lääkkeiden yhteenlasketut kustannukset ratkaisevat sen, kuinka suuri osa kustannuksista korvataan.

Kuntarahoitteisissa mallissa tavoitteena on ohjata julkisen terveydenhuollon voimavarat kokonaisuuden kannalta järkeviin ja taloudellisiin hoitovaihtoehtoihin, tuoda lääkettä koskeva kustannusvastuu lähemmäksi lääkäreitä ja vähentää nykyistä kustannusten siirtelyä julkisen terveydenhuollon ja sairausvakuutuksen välillä. Potilaiden maksettavaksi jäävä kustannus lääkkeistä on kiinteä eikä siten riipu hoidon todellisista kustannuksista. Yksityisestä terveydenhuollosta määrättyjen lääkkeiden korvausjärjestelmä olisi nykyisen kaltainen.

### *Kustannusten ennustettavuus ja hallinta, lääkkeen määräämiskäytännön ohjaus*

Nykyjärjestelmän pohjalta kehitetyssä ja lääkkeen hyödyllisyyteen perustuvassa mallissa kustannuksia hallitaan ohjaamalla lääkkeen määräämiskäytäntöä korvaussäännösten

kautta. Sinänsä korvauskustannuksille ei ole kattoa, mutta käytetyt varat pyritään kohdentamaan terveyshyötyjen kannalta mahdollisimman tehokkaasti. Malleissa lääkkeen hinta ei ole ratkaiseva korvausperuste vaan lääkkeellä saatavat kokonaishyödyt ja siitä aiheutuvat kokonaiskustannukset. Malleissa tuetaan kaikenhintaisia lääkehoitoja eivätkä ne näin ollen ohjaa lääkkeiden määräämistä kalliimpiin vaihtoehtoihin.

Vuotuisen omavastuun sisältävässä kustannusperusteisessa mallissa säädellään korvausjärjestelmän osuutta kokonaiskustannuksista muuttamalla alkuomavastuun tasoa ja korvausportaiden rajoja ja korvausprosentteja, lääkekohtaisen omavastuun sisältävässä taas kiinteän omavastuun ja korvausprosentin avulla. Malleissa ei ole elementtejä, jotka ohjaisivat lääkkeiden määräämistä tiettyntyyppisiin hoitoihin. Tämän vuoksi lääkkeen määräämiskäytäntöä voidaan ohjata vain korvausjärjestelmän ulkopuolelta. Korkea alkuomavastuu saattaa lisätä potilaiden ja lääkäreiden kustannustietoisuutta satunnaisesti tai lyhytaikaisesti lääkehoitoa tarvitsevien potilaiden lääkevalinnoissa. Toisaalta se voi olla joillekin potilaille tarpeellisten lääkkeiden hankkimisen este. Korkea lääkekohtainen kiinteä omavastuu voi myös ohjata valitsemaan sellaisia lääkehoitoja, jotka ylittävät tämän summan, jotta lääkkeen kustannukset kerryttäisivät potilaan omavastuukattoa.

Kuntarahoitteisessa mallissa tavoitteena on pitää julkisen terveydenhuollon lääkkeiden kustannukset hallinnassa lääkärin kustannustietoisten ratkaisujen avulla. Tämä perustuu siihen, että lääkärin on toimittava organisaationsa budjetin puitteissa. Mallissa kunnan varallisuus ja prioriteetit ohjaavat hoitoa. Potilaiden eriarvoisuus eri asuinkunnissa saattaa lisääntyä.

#### *Monimutkaisuus, hallinnollinen työ*

Mallien, jotka sisältävät erityiskorvausluokkia, monimutkaisuus ja niiden vaatiman hallinnollisen työn määrä nykyjärjestelmään verrattuna riippuu siitä, kuinka monia erityiskorvattavia sairauksia ja erityiskorvausluokkia ne sisältäisivät sekä miten lääkehoidon tarve osoitetaan. Yhteen erityiskorvausluokkaan siirtyminen vähentäisi lääkärinlausuntojen tarvetta, mutta saattaa toisaalta lisätä omavastuukaton ylittävien potilaiden määrää.

Kustannusperusteiset mallit olisivat nykyistä korvausjärjestelmää yksinkertaisempia sikäli, ettei niissä tarvita erityiskorvausjärjestelmän vaatimia sairaus- ja lääkeluetteloita eikä potilaskohtaisia päätöksiä. Toisaalta vuotuisen omavastuun mallissa olisi nykyistä työläämpää seurata potilaan maksamaa omavastuusummaa ja lääketojen tarpeellisuutta. Mallien vaikutuksia omavastuukaton ylittävien potilaiden määrään ei ole arvioitu.

Kuntarahoitteinen malli olisi julkisia terveydenhuoltopalveluja käyttävälle potilaalle nykyistä yksinkertaisempi. Koska yksityisestä terveydenhuollosta määrättyt lääkkeet kuitenkin korvattaisiin edelleen sairausvakuutuksen kautta, mutkistaisi kuntarahoitteisen mallin käyttöönotto kokonaisuutta.

#### *Edelleen työstettävät mallit*

Työryhmässä esiintyi erilaisia näkemyksiä ja kaksi eniten kannatusta saanutta mallia olivat uudistuksen rakentaminen nykyjärjestelmän pohjalle sekä kustannusperusteinen malli, jossa on lääkekohtainen omavastuu (liite). Sekä kuntarahoitteista mallia että vuotuisen omavastuun sisältävää kustannusperusteista mallia pidettiin teoreettisesti

mielenkiintoisina, mutta välittömiltä toteuttamismahdollisuuksiltaan huonoina. Lääkkeen hyödyllisyyteen perustuvaa mallia ei voine pitää itsenäisenä mallina, vaan hahmotelmana periaatteista ja menetelmistä, joilla lääkehoitoja voitaisiin luokitella useita korvausluokkia sisältävässä korvausjärjestelmässä.

Sekä nykyjärjestelmän pohjalte rakennettuun malliin että lääkekohtaisen omavastuun sisältävään kustannusperusteiseen malliin liittyy näkökohtia, joita ei työryhmän toimiajan puitteissa ollut mahdollista tarkastella. Korvausjärjestelmän kehittäminen nykyjärjestelmän pohjalte rakennetun mallin mukaisesti edellyttäisi peruskorvattavien lääkevalmisteiden sekä erityiskorvattavien sairauksien ja lääkeaineiden uudelleen luokittelua. Molempiin malleihin ehdotetaan sisällytettäväksi negatiivilista eli korvausjärjestelmän ulkopuolelle jäävien lääkeaineiden tai lääkeryhmien luettelo. Luettelon laatiminen samoin kuin nykyisten merkittävien ja kalliiden lääkkeiden ryhmään kuuluvien lääkkeiden, erityisluvalla toimitettujen lääkkeiden ja harvinaislääkkeiden aseman määrittäminen korvausjärjestelmässä vaatii vielä lisäselvityksiä. Vasta näiden selvitysten myötä voidaan tarkemmin arvioida minkälaisia muutoksia mallin käyttöönotto toisi yksittäisille potilaille, miten järjestelmä voitaisiin toteuttaa siten, että potilaan ja yhteiskunnan maksusuudet kustannuksista pysyisivät nykytasolla, ja mikä olisi mallin vaikutus hallinnollisen työn määrään. Jos lääkekorvausjärjestelmää uudistetaan nykyjärjestelmän pohjalte, voidaan uudistuksen kustannusvaikutuksia arvioida jonkin verran varmemmin kuin jos uudistus tehdään kustannusperusteisen mallin mukaisesti. Järjestelmän muutos vaikuttaa aina myös lääkeyritysten hinnoittelupolitiikkaan, lääkäreiden lääkkeiden määräämiskäytäntöön ja potilaiden ostokäyttäytymiseen. Mitä suurempi järjestelmän muutos on, sen vaikeampi käyttäytymismuutoksien vaikutuksia on ennakoida.

## **10. TYÖRYHMÄN EHDOTUKSET JATKOTOIMENPITEIKSI**

Lääkekorvaustyöryhmä on toimeksiantonsa mukaisesti tarkastellut sairausvakuutuslain mukaisen lääkekorvausjärjestelmän kehittämismalleja ottaen huomioon muun muassa nykyisen korvausjärjestelmän rakenteelliset kehittämistarpeet sekä muissa Euroopan maissa olevat lääkekorvausjärjestelmät. Työryhmässä on tarkasteltu useita malleja lääkekorvausjärjestelmän kehittämiseksi.

Lääkekorvausjärjestelmän tarkoitus on mahdollistaa potilaalle kohtuullisin kustannuksin avohoidossa tarpeellinen lääkehoito. Tästä periaatteesta ei tule korvausjärjestelmää uudistettaessaan luopua. Nopeasti kasvavien korvauskustannusten vuoksi järjestelmään on jouduttu tekemään viimeisen kymmenen vuoden aikana useita muutoksia lääkekustannusten kasvun hillitsemiseksi, käytettävissä olevien varojen tehokkaan käytön turvaamiseksi sekä uusien potilasryhmien saamiseksi korvausjärjestelmän piiriin. Nämä muutokset ovat jossain määrin lisänneet hallinnollista työtä sekä monimutkaistaneet järjestelmää.

Työryhmän näkemyksen mukaan nykyistä lääkekorvausjärjestelmää tulee uudistaa. Uudistaminen voisi tapahtua joko nykyjärjestelmän pohjalte tai kustannuksiin perustuvan, lääkekohtaisen omavastuun sisältävän mallin pohjalte. Näistä kahdesta mallista nykyjärjestelmään perustuva malli sai työryhmässä enemmän kannatusta. Mallien keskeiset erot ovat paitsi korvausluokkien määrässä ja alkuomavastuuosuuden suuruudessa erityisesti siinä, minkälaisiin lääkehoitoihin ne pyrkivät kohdentamaan korvauksia. Mallien erilaisuuden vuoksi niiden vaikutukset lääkkeiden hinnanmuodostukseen, lääkkeen määräämiskäytäntöön ja potilaiden ostokäyttäytymiseen voivat olla erisuuntaisia.

Nykyjärjestelmän kehittämiseen perustuvassa mallissa korvausluokkia voitaisiin vähentää voimassa olevaan järjestelmään verrattuna, mutta edelleen mallissa säilyisi sekä perus- että erityiskorvausluokka. Malli pyrkisi kohdentamaan korvauksia pitkäaikaisten ja vakavien sairauksien tehokkaisiin ja kokonaishyödyiltään hyviin lääkkeisiin. Kustannuksiin perustuvassa lääkekohtaisen omavastuun sisältävässä mallissa olisi vain yksi korvausluokka eli kaikki lääkkeet korvattaisiin samoin periaattein eikä järjestelmään sisältyisi enää erityiskorvausluokkaa. Tässä mallissa nykyistä suuremman alkuomavastuun ylittävistä kustannuksista suoritettavan korvauksen prosenttitaso olisi kuitenkin selvästi korkeampi kuin nykyinen peruskorvaus. Kumpaankin kehittämismalliin sisältyisi edelleen omavastuukatto. Lisäksi lääkkeen korvattavuuden edellytyksenä olisi hintaviranomaisen hyväksymä tukkuhinta.

Nykyjärjestelmän pohjalta kehitettyyn malliin kuuluisi edelleen erityiskorvausluokka. Työryhmän alustavan käsityksen mukaan peruskorvausluokasta tulisi muodostua nykyistä laajempi ja erityiskorvattavien sairauksien ja lääkeaineiden määrästä vastaavasti nykyistä suppeampi, minkä johdosta peruskorvaus voisi olla jonkin verran nykyistä parempi. Lääkekorvausjärjestelmän kehittäminen tältä pohjalta edellyttäisi kuitenkin peruskorvattavien lääkevalmisteiden sekä erityiskorvattavien sairauksien että lääkeaineiden uudelleen luokittelua. Tämä selvitys tulisi tehdä erillisessä asiantuntijaryhmässä.

Työryhmä esittää, että sosiaali- ja terveysministeriö käynnistäisi pikaisesti selvitystyön, jonka tarkoituksena olisi selvittää nykyisin korvausjärjestelmän ulkopuolelle jäävien ja peruskorvattavien lääkevalmisteiden sekä erityiskorvattavien sairauksien ja lääkeaineiden uudelleen luokittelu siten, että korvausjärjestelmässä olisi peruskorvausluokka ja yksi erityiskorvausluokka. Asiantuntijaryhmän tulisi arvioida, tarvitaanko kaikissa erityiskorvattavissa sairauksissa B-todistusmenettelyä vai riittäisikö joissakin tapauksissa yksinkertaisempi menettely. Lisäksi tämän työryhmän tulisi selvittää edellytykset muuttaa erityiskorvattavia sairauksia ja lääkeaineita koskevat asetukset määräaikaiksiksi sekä erityiskorvausluokan ajanmukaisuuden määräaikaisten arvioinnin menettelytapa ja arvioinnin toteuttava asiantuntijaorganisaatio. Tässä selvitystyössä tulee ottaa huomioon myös Euroopan yhteisön tuomioistuimessa parhaillaan käsiteltävänä oleva kanne Suomen valtiota vastaan, jossa erimielisyys koskee lähinnä erityiskorvausmenettelyä.

Työryhmän esille ottamiin kehittämismalleihin liittyy negatiivista eli korvausjärjestelmän ulkopuolelle jäävien lääkevalmisteiden luettelo ja harvinaislääkkeiden ja erityisluovallisten lääkevalmisteiden sekä merkittävien ja kalliiden lääkkeiden korvaaminen ja geneeristen lääkkeiden käytön lisääminen. Tarkoituksenmukaista olisi, että asiantuntijaryhmä selvitystyönsä yhteydessä ottaisi kantaa myös näihin kysymyksiin.

Vasta edellä mainitun asiantuntijaryhmän selvityksen valmistuttua on mahdollista tarkemmin vertailla mainittujen kehittämismallien todellisia eroja sekä arvioida nykyjärjestelmän pohjalta kehitettävän korvausjärjestelmän vaikutuksia potilaalle ja yhteiskunnalle. Työryhmän arvion mukaan lääkekorvausjärjestelmään tehtävät muutokset olisi teknisesti mahdollista saattaa voimaan muutosten laajuudesta riippuen 1,5 – 3 vuoden kuluessa siitä, kun hallituksen esitys on annettu.

Lääkekorvausjärjestelmän kehittämismalleihin sisältyisi edelleen potilaan itsensä maksettavaksi jäävä omavastuuosuus, jonka laskutapa voisi olla järjestelmästä riippuen prosenttiperusteinen, ostokertakohtainen tai lääkekohtainen, sekä vuotuinen omavastuu-

katto. Omavastuuosuuksien laskutapa, suuruus sekä omavastuukaton määrä on tarkoituksenmukaista arvioida vasta sairausvakuutuksesta korvattavien lääkevalmisteiden ja –aineiden sekä sairauksien uudelleen arviointia ja luokittelua koskevan selvitystyön valmistuttua. Tässä yhteydessä tulisi määritellä myös uuteen korvausjärjestelmään sisällytettävän korvausluokan tai -luokkien korvaustaso siten, että uusi järjestelmä voitaisiin toteuttaa ilman, että keskimääräisessä korvausasteessa tapahtuisi muutoksia. Vasta näiden seikkojen määrittelemisen jälkeen on mahdollista arvioida yllä esitettyjen kehittämismallien vaikutuksia hallinnollisen työn määrään ja hallintokustannuksiin Kansaneläkelaitoksessa ja apteekeissa, korvausmenojen kehitykseen, omavastuukaton ylittävien määrään sekä korvattavien lääkkeiden valikoimaan.

## **MÄÄRITELMIÄ**

**Erityisluvallinen valmiste** (Compassionate use, use on named patient basis, collective licence)

Erityisluvallinen valmiste on lääkevalmiste, jolla ei ole myyntilupaa, mutta jolle Lääkelaitos on erityisistä sairaanhoidollisista syistä yksittäistapauksessa myöntänyt luvan kulutukseen luovuttamiseen. Avohoitoon lupa myönnetään potilaskohtaisena. Sairaanhoitolaitoksille lupa myönnetään laitaskohtaisena, jolloin yhtä lupaa kohden voi olla useampia käyttäjiä.

**Geneerinen määrääminen** (Generic prescribing)

Menettelytapa, jossa lääkäri kirjoittaa reseptin lääkkeen vaikuttavan aineen nimellä ja apteekki valitsee toimitettavan valmisteeseen.

**Geneerinen substituoitio** (Generic substitution)

Menettelytapa, jossa apteekki vaihtaa lääkärin kauppanimellä määräämän lääkevalmisteeseen toisella kauppanimellä olevaan, samaa vaikuttavaa ainetta sisältävään vastaavaan valmisteeseen.

**Geneerinen valmiste** (Generic Product, off-patent product)

Lääkevalmiste, jolla on sama vaikuttava aine, sama antomuoto, sama vahvuus ja sama annostelutapa kuin alkuperäisvalmisteella.

**Harvinaislääke** (Orphan drug)

Lääke, jolla hoidetaan harvinaisia sairauksia. EU:ssa sovitun määritelmän mukaan sairautta pidetään harvinaisena, jos sen esiintyvyys on enintään viisi tapausta kymmentätuhatta asukasta kohti.

**Kansainvälinen hintavertailu** (Cross border reference price)

Lääkevalmisteiden hintaa verrataan vastaavan valmisteiden hintaan muissa, yleensä etukäteen sovituissa maissa.

**Lääkäribudjetti** (Physician budget)

Lääkäreille asetetut budjetit tarkoittavat joko pelkkää lääkebudjettia tai laajempaa budjettia, joilla lääkärit järjestävät lääkkeiden lisäksi myös muita perushuollon palveluja vastuuväestölleen. Budjetteja on voitu asettaa yksittäisille lääkäreille tai lääkäriryhmille. Budjetti voi olla tiukka, jolloin budjetin ylityksestä tai alituksesta on välittömiä seurauksia, esimerkiksi takaisinmaksun tai palkitsemisen muodossa. Budjetti voi olla myös 'ohjaava', jolloin budjetin ylittäminen tai alittaminen huomioidaan, mutta siitä ei ole välittömiä seurauksia.

## **Myyntivolyyymiin tai lääkekorvausten kasvuun sidotut sopimukset teollisuuden kanssa**

Lääketeollisuuden ja valtion keskenään sopima menettely, jossa lääketeollisuus palauttaa osan voitostaan valtiolle, jos lääkkeiden myynti ylittää tietyn, sovitun määrän.

### **Negatiivilista (Negative list)**

Luettelo lääkkeistä, jotka eivät kuulu korvausjärjestelmän piiriin.

### **Positiivilista (Positive list)**

Luettelo korvausjärjestelmän piiriin kuuluvista lääkkeistä.

### **Potilaiden maksuosuus, potilaiden omavastuuosuus (Patient co-payment, co-payment)**

Potilaan maksama osuus lääkkeen kustannuksesta. Potilaan osuus voi olla joko kiinteä summa, tai tietty prosenttiosuus lääkkeen kustannuksesta tai näiden molempien yhdistelmä.

#### *Ostokertakohtainen omavastuu*

Potilas maksaa yhdellä kertaa ostamistaan saman korvausluokan lääkkeitä yhden markkamääräisen omavastuun ja oston loppusummasta korvaus lasketaan prosenttiperusteisesti.

#### *Lääkekohtainen omavastuu*

Korvauksen määrä lasketaan jokaiselle ostokerran lääkkeelle erikseen. Potilaan maksuosuus koostuu kiinteästä osuudesta, jonka ylittävältä osalta korvaus lasketaan prosenttiperusteisesti.

#### *Prosenttiperusteinen omavastuu*

Korvaus lasketaan pelkästään prosenttiosuutena valmisteiden kustannuksista.

### **Rinnakkaistuonti (Parallel import)**

Sellaisen myyntiluvan saaneen lääkevalmisteen maahantuonti, joka tapahtuu toisesta Euroopan talousalueen maasta muun kuin lääkevalmisteen alkuperäisen maahantuojan toimesta. Rinnakkaistuontivalmiste poikkeaa rinnakkaisvalmisteista siten, että kysymyksessä on alkuperäinen valmiste. Rinnakkaistuontivalmisteelle on hankittava rinnakkaistuontimyyntilupa.

### **Rinnakkaisvalmiste (Off-patent product)**

Eri kauppanimellä myytävät lääkevalmisteet, jotka sisältävät samaa vaikuttavaa lääkeainetta, ovat samaa lääkemuotoa, annostellaan samalla tavoin ja käytetään yhtä suurella annoksella.

**Terapeuttinen substitutio** (Therapeutic substitution, analogue substitution)

Lääkärin reseptiin kirjoittaman lääkevalmisteen vaihto apteekissa lääkevalmisteeseen, jolla on sama hoidollinen vaikutus, mutta joka ei sisällä samaa vaikuttavaa ainetta kuin reseptille merkitty valmiste.

**Viitehintajärjestelmä** (Reference price system, fixed price system, fixed price regulation)

Järjestelmä, jossa tietylle lääkeryhmälle määritellään korvauksen perusteena oleva viitehinta. Ryhmä voi koostua samaa lääkeainetta sisältävistä valmisteista, keskenään vaihdettavista valmisteista tai esimerkiksi hoidollisesti samalla tavalla vaikuttavista lääkkeistä. Jos järjestelmän piiriin kuuluvan lääkkeen hinta ylittää viitehinnan, on lääkkeen käyttäjän maksettava koko ylittävä osa itse.

**Voitonsäätelyjärjestelmä (myös katekehys)** (Profit control system)

Voitonsäätelyjärjestelmä on EU-maista käytössä Englannissa. Siinä julkisen terveydenhuoltojärjestelmän piiriin kuulumisen ei edellytä yksittäisen lääkkeen hinnan hyväksyntää, vaan jokaisen lääkeyrityksen kanssa neuvotellaan katekehuksesta, jonka puitteissa yritys voi vapaasti hinnoitella tuotteensa. Jos yrityksen voitto on sovittua suurempi, yritys joko palauttaa ylimäärän julkiselle terveydenhuoltojärjestelmälle (National Health Service, NHS), alentaa lääkkeidensä hintoja tai lykkää suunnittelemaansa hinnankorotuksia.



**Liitetaulukko 1. Sairausvakuutuksen rahoituksen jakautuminen (%) rahoittajien mukaan vuosina 1995-2000.**

<b>Vuosi</b>	<b>Vakuutettujen vakuutusmaksut</b>	<b>Työnantajien vakuutusmaksut</b>	<b>Valtio</b>	<b>Muut tuotot<sup>1</sup></b>
1995	63,8	34,3	0	1,9
1996	64,2	34,5	0	1,3
1997	64,5	34,4	0	1,1
1998	55,0	35,3	8,1	1,6
1999	48,8	34,5	11,4	5,3
2000	39,9	33,8	15,1	11,1

<sup>1</sup> sisältää omaisuudet tuotot, takautumissuoritukset, rahansiirrot eläkevakuutusrahastosta  
sairausvakuutusrahastoon ja maksut vakuutuslaitoksilta

## Liitetaulukko 2. Potilaiden yleisimmät erityiskorvattaviin lääkkeisiin oikeuttavat sairaudet 31.12.2000

Sairaus / sairaudet	potilaita	sairauksien numerot
Krooninen verenpainetauti (1)	254 533	205
Krooninen keuhkoastma tai sitä läheisesti muistuttava krooninen obstruktiivinen keuhkosairaus (1)	126 866	203
Vaikea psykoosi tai muu vaikea mielenterveyden häiriö (1)	45 744	112
Krooninen sepelvaltimotauti (1)	45 550	206
Diabetes (1)	41 989	103
Hajapesäkkeinen sidekudostauti, reumaattinen niveltulehdus tai niihin verrattava tila (1)	41 172	202
Kilpirauhasen vajaatoiminta (1)	34 650	104
Sekä krooninen verenpainetauti että diabetes	28 634	205, 103
Epilepsia ja siihen verrattava kouristustila (1)	28 313	111
Glaukooma (1)	24 541	114
Sekä krooninen verenpainetauti että krooninen sepelvaltimotauti	19 167	205, 206
Sekä krooninen verenpainetauti että krooninen keuhkoastma	16 953	205, 203
Sekä krooninen sepelvaltimotauti että siihen liittyvä rasva-aineenvaihdunnan häiriö	15 981	206, 213
Haavainen paksusuolentulehdus tai Crohnin tauti (1)	13 586	208
Krooninen sydämen vajaatoiminta (1)	12 012	201
Krooninen sydämen rytmihäiriö (1)	11 818	207
Sekä krooninen verenpainetauti että glaukooma	8 838	205, 114
Sekä krooninen verenpainetauti että krooninen sepelvaltimotauti ja siihen liittyvä rasva-aineen vaihdunnan häiriö	8 568	205, 206, 213
Sekä krooninen verenpainetauti että krooninen sydämen vajaatoiminta	8 327	205, 201
Sekä krooninen verenpainetauti että hajapesäkkeinen sidekudostauti, reumaattinen niveltulehdus tai niihin verrattava tila	8 128	205, 202
Sekä krooninen verenpainetauti että kilpirauhasen vajaatoiminta	8 110	205, 104
Sekä krooninen sydämen vajaatoiminta että krooninen sepelvaltimotauti	7 697	201, 206
Rintasyöpä (1)	5 728	115

(1) ainoana erityiskorvattava sairautena

### **Liitetaulukko 3 Korvausten ulkopuolelle jätettyjä (negatiivista, 0-korvausluokka, positiivisten ulkopuolelle jätetty) lääkeryhmiä Euroopan maissa**

**Alankomaat** lyhytaikainen itsehoito: viruslääkkeet (asikloviiri, pensikloviiri), sienilääkkeet (klotrimatsoli, ekonatsoli jne.), yskänlääkkeet, nikotiinivalmisteet

**Belgia** itsehoitolääkkeet, pienet kipulääkepakkaukset, eräät unilääkkeet, yskänlääkkeet

**Englanti** noin 2000 valmistetta. Korvauksen ulkopuolella on mm.

- 1) sellaisia kipulääkkeitä, ummetuslääkkeitä, yskänlääkkeitä, vitamiineja, bentsodiatsepiinivalmisteita, ripulilääkkeitä, allergialääkkeitä, rauhoittavia lääkkeitä, ruokahalua vähentäviä lääkkeitä, gynekologisia valmisteita, ehkäisyvalmisteita, anemialääkkeitä, paikallisesti käytettäviä lihassärkyyn tarkoitettuja valmisteita, silmä- ja korvalääkkeitä ja voiteita, joista on saatavissa yhtä hyviä, mutta edullisempia valmisteita.
- 2) valmisteet, joilla ei ole lääkkeitä vaadittavaa terapeutista merkitystä
- 3) eräät ilman reseptiä saatavat valmisteet
- 4) valmisteet, joilla esiintyy väärinkäyttöä, ja joista on olemassa turvallisempia vaihtoehtoja
- 5) kertakäyttöiset injektiovalmisteet, joista on saatavissa edullisempia pakkausmuotoja

**Espanja** noin 1800 valmistetta, lieviin / vähäisiin sairauksiin tai oireisiin: mm. yskänlääkkeitä, ummetuslääkkeitä, antasideja ja voiteita

**Irlanti** itsehoitolääkkeitä, kipulääkkeitä, antasideja

**Islanti** itsehoitolääkkeet, yskänlääkkeet, ummetuslääkkeet, osa mikrobilääkkeistä, huomattava osa uni- ja rauhoittavista lääkkeitä ja eräät anksiolyytit

**Italia** mm. toonikumit, ei-steroidiset tulehduskipulääkkeet

**Luxemburg** mm. ehkäisyvalmisteet, ravintolisät, elämäntapalääkkeet (liikalihavuuden ja erektiohäiriöiden hoito)

**Ruotsi** eräät ilman reseptiä saatavat valmisteet mm. vitamiinit, ummetuslääkkeet ja tietty yskänlääkkeet, elämäntapalääkkeet

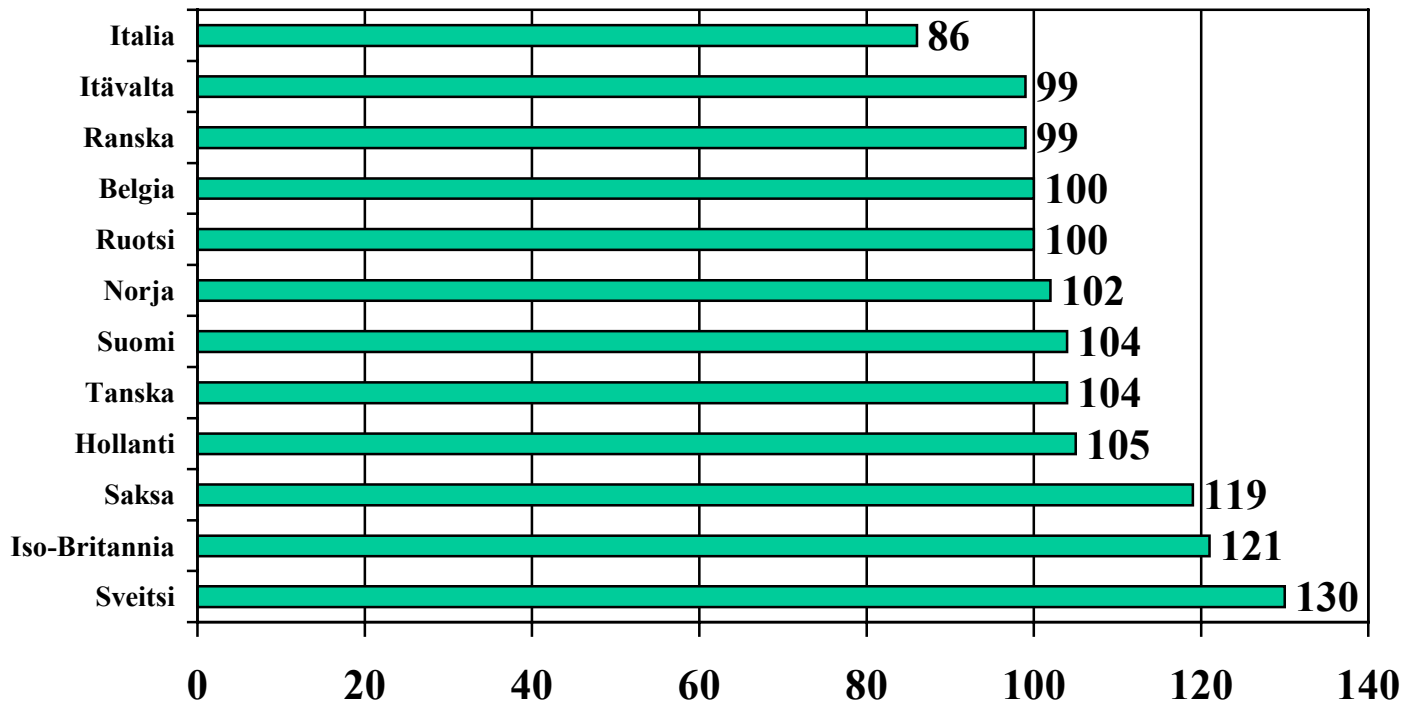
**Saksa** 200-300 lääkeainetta, joiden hoidollinen arvo vähäinen: kolmea tai useampaa lääkeainetta sisältävät, useat vilustumisen ja ruoansulatuselimistön oireiden hoitoon tarkoitettut (voidaan korvata potilaskohtaisesti)

---

**Orlistaattia ei korvata** Alankomaissa, Italiassa, Itävallassa, Kreikassa, Luxemburgissa, Norjassa, Portugalissa, Ranskassa, Ruotsissa ja Saksassa



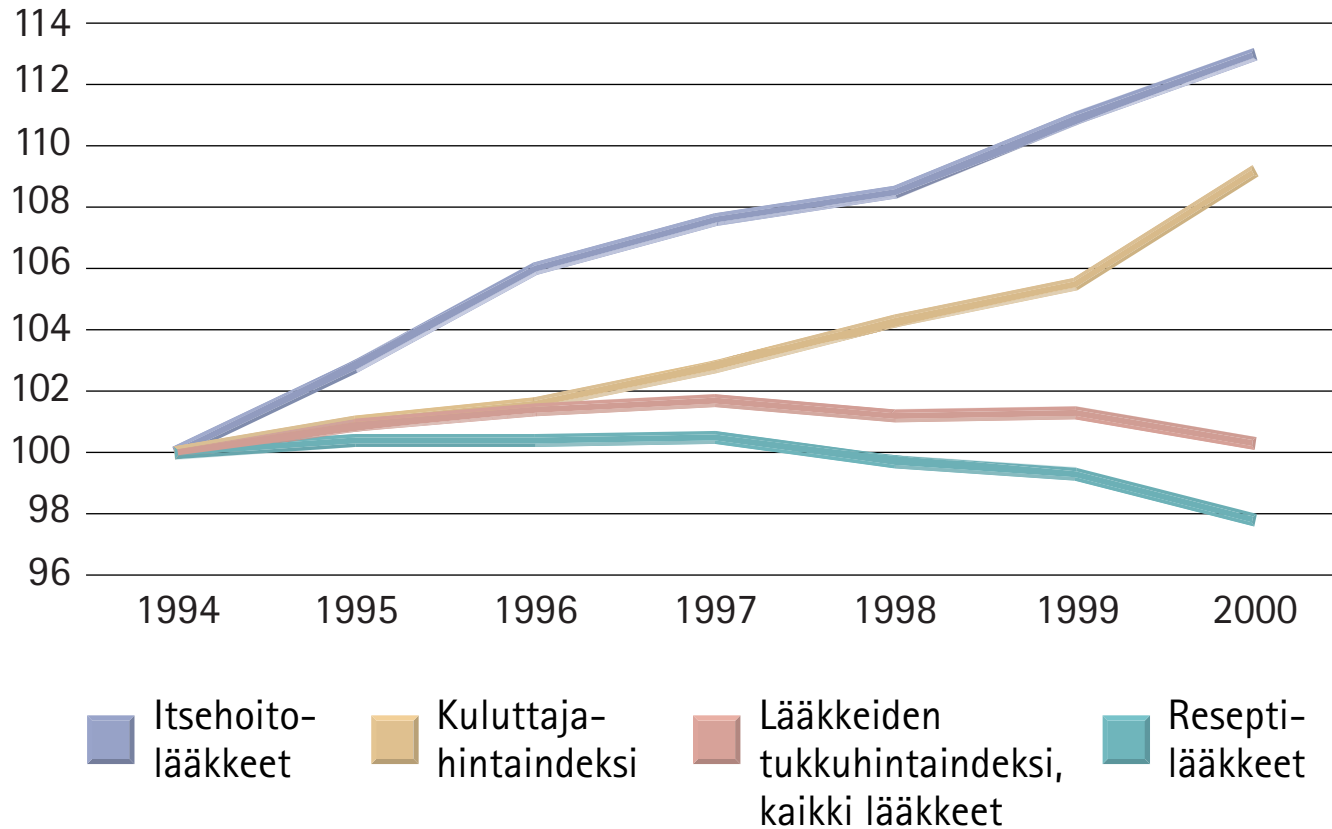
Liitekuva 2: Lääkkeiden tukkuhinnat eräissä Länsi-Euroopan maissa vuonna 1999



Lähde: Riksförsäkringsverket, Ruotsi 1999 (RFV Redovisar 1999:10)

**Liitekuva 3 seuraavalla sivulla**

# Lääkehintaindeksi sekä kuluttajahintaindeksi 1994–2000



## Liite. Laskuesimerkkejä eräistä kehittämisvaihtoehdoista

Työryhmä teki nykyjärjestelmästä kehitetystä mallista ja lääkekohtaisen omavastuun sisältävästä kustannusperusteisesta mallista potilaskohtaisia laskuesimerkkejä. Laskelmissa käytetyt kiinteät omavastuut, korvausprosentit ja sairausluokitukset on esitetty alla. Ne eivät ole työryhmän ehdotuksia käytettäviksi luvuiksi ja luokituksiksi vaan luonnosmaisia ja karkeita sisäisen työskentelyn oletuksia, joita on käytetty tarkempien laskelmien ja luokitusten puuttuessa.

	Nykyjärjestelmästä kehitetty malli	Kustannusperusteinen malli lääkekohtaisella omavastuulla <sup>1</sup>
<b>Omavastuun lasku tapa</b>	a) ostokertakohtainen (50 mk:n/25 mk:n kiinteä omavastuu b) lääkekohtainen ( 25 mk:n/12,5 mk:n kiinteä omavastuu) c) prosenttiperusteinen <sup>2</sup>	lääkekohtainen (100 mk:n kiinteä omavastuu)
<b>Peruskorvaus</b>	Esim. 60 % (omavastuu 40 %) kiinteän omavastuun ylittävältä osalta (sis. nykyisen peruskorvausluokan ja alemman erityiskorvausluokan)	Esim. 80 % (omavastuu 20 %) kiinteän omavastuun ylittävältä osalta
<b>Erityiskorvaus</b>	1 erityiskorvausluokka, esim. 90 % (vastaisi nykyistä ylempää erityiskorvausluokkaa)	-
<b>Negatiivilista</b>	kyllä	kyllä
<b>Merkittävät ja kalliit</b>	a) nykyinen b) nykyinen ja osa kustannettaisiin kuntien kautta	kyllä <sup>3</sup>
<b>Vuotuinen omavastuukatto<sup>4</sup></b>	a) 3.500 mk ja reseptikohtainen omavastuu (25 mk) b) tarveharkintaan perustuva malli, jos omavastuukatto on nykyistä selvästi korkeampi	a) 3.500 mk ja reseptikohtainen omavastuu (25mk) b) tarveharkintaan perustuva malli, jos omavastuukatto on nykyistä selvästi korkeampi

<sup>1</sup> Tarkistetaan kustannusneutraaliksi, mikä merkitsee muutoksia korvaustasoon

<sup>2</sup> Peruskorvausprosentti olisi 50 ja erityiskorvauksessa korvaus olisi 96 %

<sup>3</sup> Merkittävien ja kalliiden lääkkeiden luokka vastaisi lähinnä ”malliin” ehdotettua erittäin suppeaa erityiskorvausluokkaa

<sup>4</sup> Vuotuista omavastuukattoa ei kerryttäisi korvausjärjestelmän ulkopuolelle jäävät ostot kuten esim. 0-korvausluokkaan kuuluvat lääkkeet tai omavastuuosuuden alle jäävät lääkeostot. Vaihtoehtona olisi myös, että korvattavaan lääkeostoon sisältyvä omavastuuosuus ei myöskään kerryttäisi omavastuukatto



<b>Hinnanvahvistus</b>	nykyinen	nykyinen
<b>Erityiskorvattavuusmenettely</b>	- ryhmää tarkistettaisiin säännöllisin väliajoin ja - edellytysten tarkistaminen	-

## Henkilö 1

Henkilö 1 on 73-vuotias nainen, jolla on erityiskorvattavat lääkkeet aikuistyyppin diabetekseen sekä sydämen vajaatoimintaan. Diabeteslääkkeet kuuluvat nykyjärjestelmässä ylempään (100 %) erityiskorvausluokkaan ja sydämen vajaatoiminnan lääkkeet alempaan (75 %) erityiskorvausluokkaan. Lisäksi henkilö käyttää verenohennuslääkettä ja lipidilääkettä, jotka ovat peruskorvattavia (50 %).

Nykyjärjestelmästä kehitetyissä kolmessa mallissa potilaan diabeteslääkkeet jäisivät erityiskorvausluokkaan ja sydämen vajaatoiminnan lääkkeet siirtyisivät peruskorvausluokkaan. Aiemmin erityiskorvattujen lääkkeiden korvaukset pienenisivät, mutta tätä kompensoisi suhteellisen kalliiden lipidilääkkeiden korvauksen paraneminen. Potilaan lääkkeitä maksama summa muuttuisi suhteellisen vähän.

Kustannuksiin perustuvassa mallissa potilaan maksuosuus kasvaisi selvästi. Erityiskorvattujen lääkkeiden korvaus pienenesi ja edullinen sydänlääke ja verenohennuslääke jäisivät kokonaan potilaan maksettaviksi. Kalliihkon peruskorvattavan lipidilääkkeen korvaus kasvaisi.

Henkilö 1: 73-vuotias nainen, jolla on erityiskorvattavat lääkkeet aikuistyyppin diabetekseen sekä sydämen vajaatoimintaan

		Nykyjärjestelmä		Nykyjärjestelmän kehittäminen (peruskorvausluokka ja alempi erityiskorvausluokka yhdistetty)			Uusi malli (4)
Ostopäivä	Lääkkeet	Kustannus	Korvaus/ korvaus- luokka	Ostokertakohtainen omavastuu (1)	Lääkekohtainen omavastuu (2)	Prosenttiperusteinen omavastuu (3)	Korvaus
				Korvaus/ korvausluokka	Korvaus	Korvaus	
18.1.2000	DIFORMIN RETARD 500 mg 4*100 tabl	285,92	Ylempi	Erityis	246,08	274,48	148,74
	Yhteensä	285,92	260,92	234,83	246,08	274,48	148,74
29.2.2000	FURESIS 20 mg 3*100 tabl	118,25	Alempi	Perus	55,95	59,13	14,60
29.2.2000	ACCUPRO 10 mg 2*28 tabl	250,38	Alempi	Perus	135,23	125,19	120,30
29.2.2000	DIGOXIN 0.25 mg 100 tabl	25,80	Alempi	Perus	0,48	12,90	0
29.2.2000	MAREVAN FORTE 5 mg 100 tabl	59,07	Perus	Perus	20,44	29,54	0
	Yhteensä	453,50	281,60	242,10	212,10	226,75	134,90
27.4.2000	MEVACOR 20 mg 98 tabl	578,50	Perus	Perus	332,10	289,25	382,80
27.4.2000	MAREVAN FORTE 5 mg 2*100 tabl	115,66	Perus	Perus	54,40	57,83	12,53
27.4.2000	DIFORMIN RETARD 500 mg 4*100 tabl	285,92	Ylempi	Erityis	246,08	274,48	148,74
	Yhteensä	980,08	583,00	621,33	632,57	621,56	544,07
14.6.2000	FURESIS 20 mg 3*100 tabl	118,25	Alempi	Perus	55,95	59,13	14,60
14.6.2000	DIGOXIN 0.25 mg 100 tabl	25,80	Alempi	Perus	0,48	12,90	0
14.6.2000	MAREVAN FORTE 5 mg 2*100 tabl	115,66	Perus	Perus	54,40	57,83	12,53
	Yhteensä	259,71	122,12	125,83	110,83	129,86	27,13
11.7.2000	DIFORMIN RETARD 500 mg 4*100 tabl	285,92	Ylempi	Erityis	246,08	274,48	148,74
11.7.2000	ACCUPRO 10 mg 2*28 tabl	250,38	Alempi	Perus	135,23	125,19	120,30
	Yhteensä	536,30	429,95	355,06	381,31	399,67	269,04
24.8.2000	MEVACOR 20 mg 98 tabl	578,50	Perus	Perus	332,10	289,25	382,80
24.8.2000	FURESIS 20 mg 3*100 tabl	118,25	Alempi	Perus	55,95	59,13	14,60
	Yhteensä	696,75	334,19	388,05	388,05	348,38	397,40

Henkilö 1: 73-vuotias nainen, jolla on erityiskorvattavat lääkkeet aikuistyyppin diabetekseen sekä sydämen vajaatoimintaan

		Nykyjärjestelmä		Nykyjärjestelmän kehittäminen (peruskorvausluokka ja alempi erityiskorvausluokka yhdistetty)			Uusi malli (4)
Ostopäivä	Lääkkeet	Kustannus	Korvaus/ korvaus- luokka	Ostokertakohtainen omavastuu (1)	Lääkekohtainen omavastuu (2)	Prosenttiperusteinen omavastuu (3)	Korvaus
				Korvaus/ korvausluokka	Korvaus	Korvaus	
3.10.2000	DIFORMIN RETARD 500 mg 4*100 tabl	285,92	Ylempi	Erityis	246,08	274,48	148,74
3.10.2000	ACCUPRO 10 mg 2*28 tabl	250,38	Alempi	Perus	135,23	125,19	120,30
3.10.2000	DIGOXIN 0.25 mg 100 tabl	25,80	Alempi	Perus	0,48	12,90	0
3.10.2000	MAREVAN FORTE 5 mg 2*100 tabl	115,66	Perus	Perus	54,40	57,83	12,53
	Yhteensä	677,76	482,13	439,93	436,18	470,40	281,57
2.12.2000	FURESIS 20 mg 3*100 tabl	118,25	Alempi	Perus	55,95	59,13	14,60
2.12.2000	MEVACOR 20 mg 98 tabl	578,50	Perus	Perus	332,10	289,25	382,80
	Yhteensä	696,75	334,19	388,05	388,05	348,38	397,40
29.12.2000	DIGOXIN 0.25 mg 100 tabl	25,80	Alempi	Perus	0,48	12,90	0
29.12.2000	MAREVAN FORTE 5 mg 2*100 tabl	135,32	Perus	Perus	66,19	67,66	28,26
	Yhteensä	161,12	43,26	66,67	66,67	80,56	28,26
	Kustannukset yhteensä		4747,89	4747,89	4747,89	4747,89	4747,89
	Potilas maksoi		1876,53	1886,04	1886,05	1847,85	2519,38
	SV-korvaus		2871,36	2861,85	2861,84	2900,04	2228,51

(1) yhdistetyssä luokassa ostokertakohtainen 50 markan omavastuu, jonka ylittävältä osalta korvataan 60 % erityiskorvausluokassa 25 markan ostokertainen omavastuu, jonka ylittävältä osalta korvataan 90 %

(2) yhdistetyssä luokassa lääkekohtainen 25 markan omavastuu, jonka ylittävältä osalta korvataan 60 % erityiskorvausluokassa 12,50 markan lääkekohtainen omavastuu, jonka ylittävältä osalta korvataan 90 %

(3) yhdistetyssä luokassa 50 %:n korvaus, erityiskorvausluokassa 96 %:n korvaus, ei kiinteitä omavastuita

(4) vain yksi korvausluokka, jossa 100 markan lääkekohtainen omavastuu, jonka ylittävältä osalta korvataan 80 %.

## Henkilö 2

Henkilö 2 on 80-vuotias nainen, jolla erityiskorvattavat verenpaine- ja sepelvaltimotautilääkkeet. Molempien sairauksien lääkkeet kuuluvat alempaan erityiskorvausluokkaan (75 %). Hänellä ei ole peruskorvattavia lääkkeitä.

Nykyjärjestelmästä kehitetyssä mallissa potilaan lääkkeet tulisivat peruskorvauksen piiriin ja hänen maksuosuutensa kasvaisi. Koska potilas on aina hankkinut kerrallaan kolmea eri lääkettä, olisi lääkekohtaiseen omavastuuseen perustuva malli hänelle ostokertakohtaista ja prosenttiperusteista järjestelmää epädullisempi. Yksittäisten lääkkeiden kustannusten jäädessä alle 150 markan on prosenttiperusteisesti laskettu omavastuu edullisin.

Kustannuksiin perustuvassa mallissa potilas maksaisi lähes kaikki lääkekustannuksensa itse. Ainoastaan pitkävaikutteisen nitrovalmisteen kustannus ylittää 100 markkaa, joten sen kustannuksista hän saisi pienen osan korvattuna.

Henkilö 2: 80-vuotias nainen, jolla erityiskorvatut lääkkeet verenpaine- ja sepelvaltimotautiin

		Nykyjärjestelmä		Nykyjärjestelmän kehittäminen (peruskorvausluokka ja alempi erityiskorvausluokka yhdistetty)			Uusi malli (4)
Ostopäivä	Lääkkeet	Kustannus	Korvaus/ korvaus- luokka	Ostokertakohtainen omavastuu (1)	Lääkekohtainen omavastuu (2)	Prosenttiperusteinen omavastuu (3)	Korvaus
				Korvaus/ korvausluokka	Korvaus	Korvaus	
1.2.2000	URETREN COMP 100 tabl	76,71	Alempi	Perus	31,03	38,36	0
1.2.2000	NITRO 0.5 mg 30 resoribl	21,03	Alempi	Perus	0,00	10,52	0
1.2.2000	NITROSID 10 mg 3*100 tabl	121,55	Alempi	Perus	57,93	60,78	17,24
	Yhteensä	219,29	145,72	101,57	88,96	109,65	17,24
11.5.2000	URETREN COMP 100 tabl	76,71	Alempi	Perus	31,03	38,36	0
11.5.2000	NITROSID 10 mg 3*100 tabl	121,55	Alempi	Perus	57,93	60,78	17,24
11.5.2000	NITRO 0.5 mg 30 resoribl	21,03	Alempi	Perus	0,00	10,52	0
	Yhteensä	219,29	145,72	101,57	88,96	109,65	17,24
16.8.2000	NITRO 0.5 mg 30 resoribl	21,03	Alempi	Perus	0,00	10,52	0
16.8.2000	URETREN COMP 100 tabl	76,71	Alempi	Perus	31,03	38,36	0
16.8.2000	NITROSID 10 mg 3*100 tabl	121,55	Alempi	Perus	57,93	60,78	17,24
	Yhteensä	219,29	145,72	101,57	88,96	109,65	17,24
29.11.2000	URETREN COMP 100 tabl	76,71	Alempi	Perus	31,03	38,36	0
29.11.2000	NITROSID 10 mg 3*100 tabl	121,55	Alempi	Perus	57,93	60,78	17,24
29.11.2000	NITRO 0.5 mg 30 resoribl	21,03	Alempi	Perus	0,00	10,52	0
	Yhteensä	219,29	145,72	101,57	88,96	109,65	17,24
	Kustannukset yhteensä		877,16	877,16	877,16	877,16	877,16
	Potilas maksoi		294,28	470,87	521,34	438,58	808,20
	SV-korvaus		582,88	406,29	355,82	438,58	68,96

**Henkilö 2: 80-vuotias nainen, jolla erityiskorvatut lääkkeet verenpaine- ja sepelvaltimotautiin**

		Nykyjärjestelmä	Nykyjärjestelmän kehittäminen (peruskorvausluokka ja alempi erityiskorvausluokka yhdistetty)			Uusi malli (4)
			Ostokertakohtainen omavastuu (1)	Lääkekohtainen omavastuu (2)	Prosenttiperusteinen omavastuu (3)	
Ostopäivä	Lääkkeet		Kustannus	Korvaus/ korvaus- luokka	Korvaus	
			Korvaus/ korvausluokka	Korvaus	Korvaus	Korvaus

- (1) yhdistetyssä luokassa ostokertakohtainen 50 markan omavastuu, jonka ylittävältä osalta korvataan 60 % erityiskorvausluokassa 25 markan ostokertainen omavastuu, jonka ylittävältä osalta korvataan 90 %
- (2) yhdistetyssä luokassa lääkekohtainen 25 markan omavastuu, jonka ylittävältä osalta korvataan 60 % erityiskorvausluokassa 12,50 markan lääkekohtainen omavastuu, jonka ylittävältä osalta korvataan 90 %
- (3) yhdistetyssä luokassa 50 %:n korvaus, erityiskorvausluokassa 96 %:n korvaus, ei kiinteitä omavastuita
- (4) vain yksi korvausluokka, jossa 100 markan lääkekohtainen omavastuu, jonka ylittävältä osalta korvataan 80 %.

### Henkilö 3

Henkilö 3 on 69-vuotias nainen, jolla on erityiskorvattavat verenpainelääkkeet (75 %). Lisäksi hän käyttää nenäsumutetta, ulkuksen hoitoon tarkoitettua lääkettä ja kipulääkettä. Nämä ovat peruskorvattuja, samoin kuin vuoden aikana saadut antibioottikuurit ja yskänlääkereseptit.

Nykyjärjestelmästä kehitetyssä mallissa potilaan maksuosuus joko laskisi tai nousisi hieman riippuen siitä, mitä omavastuun laskutapaa käytetään. Koska lääkekustannuksista merkittävä osa koostuu peruskorvattavista lääkkeistä, on ostokertakohtainen omavastuu hänelle nykyjärjestelmää hieman edullisempi. Lääkekohtainen omavastuun laskutapa suosii potilasta ostokertakohtaiseen verrattuna siksi, että hänellä on useita ostokertoja, jolloin hän on hankkinut vain yhtä lääkettä. Prosenttiperusteista omavastuuta käytettäessä potilaan maksettaviksi jäävät kustannukset olisivat lähimpänä nykyjärjestelmän perusteella maksettavia.

Kustannusperusteinen malli olisi potilaalle kaikkein edullisin johtuen siitä, että kalliikhkojen peruskorvattavien lääkkeiden osuus hänen lääkekustannuksista on merkittävä.



**Henkilö 3: 69-vuotias nainen, jolla erityiskorvatut verenpainelääkkeet**

		Nykyjärjestelmä		Nykyjärjestelmän kehittäminen (peruskorvausluokka ja alempi erityiskorvausluokka yhdistetty)			Uusi malli (4)
Ostopäivä	Lääkkeet	Kustannus	Korvaus/ korvaus- luokka	Ostokertakohtainen omavastuu (1)	Lääkekohtainen omavastuu (2)	Prosenttiperusteinen omavastuu (3)	Korvaus
				Korvaus/ korvausluokka	Korvaus	Korvaus	
5.1.2000	NASONEX 50 mikrog/dos 140 dos	129,60	Perus	Perus	62,76	64,80	23,68
	Yhteensä	129,60	39,80	47,76	62,76	64,80	23,68
23.2.2000	SELOCOMP ZOC 98 depottabl	282,84	Alempi	Perus	154,70	141,42	146,27
	Yhteensä	282,84	193,38	139,70	154,70	141,42	146,27
22.3.2000	NIMED 100 mg 50 tabl	124,23	Perus	Perus	59,54	62,12	19,38
22.3.2000	SOMAC 40 mg 28 enterotabl	416,88	Perus	Perus	235,13	208,44	253,50
	Yhteensä	541,11	245,55	294,67	294,67	270,56	272,89
14.4.2000	AMORION 500 mg 20 tabl	88,59	Perus	Perus	38,15	44,30	0
	Yhteensä	88,59	19,29	23,15	38,15	44,30	0
19.4.2000	SOMAC 20 mg 100 enterotabl	657,58	Perus	Perus	379,55	328,79	446,06
	Yhteensä	657,58	303,79	364,55	379,55	328,79	446,06
2.6.2000	SELOCOMP ZOC 98 depottabl	282,84	Alempi	Perus	154,70	141,42	146,27
	Yhteensä	282,84	193,38	139,70	154,70	141,42	146,27
12.8.2000	NIMED 100 mg 2*30 tabl	154,76	Perus	Perus	77,86	77,38	43,81
	Yhteensä	154,76	52,38	62,86	77,86	77,38	43,81
16.8.2000	SOMAC 20 mg 100 enterotabl	657,58	Perus	Perus	379,55	328,79	446,06
	Yhteensä	657,58	303,79	364,55	379,55	328,79	446,06
4.9.2000	SELOCOMP ZOC 98 depottabl	282,84	Alempi	Perus	154,70	141,42	146,27
	Yhteensä	282,84	193,38	139,70	154,70	141,42	146,27

**Henkilö 3: 69-vuotias nainen, jolla erityiskorvatut verenpainelääkkeet**

		Nykyjärjestelmä		Nykyjärjestelmän kehittäminen (peruskorvausluokka ja alempi erityiskorvausluokka yhdistetty)			Uusi malli (4)
Ostopäivä	Lääkkeet	Kustannus	Korvaus/ korvaus- luokka	Ostokertakohtainen omavastuu (1)	Lääkekohtainen omavastuu (2)	Prosenttiperusteinen omavastuu (3)	Korvaus
				Korvaus/ korvausluokka	Korvaus	Korvaus	
27.9.2000	COCILLANA 200 ml mikst	37,15	Perus	Perus	7,29	18,58	0
27.9.2000	DOXIMED 150 mg 8 tabl	37,73	Perus	Perus	7,64	18,87	0
	Yhteensä	74,88	12,44	14,93	14,93	37,44	0
11.11.2000	DOXIMYCIN 150 mg 10 tabl	68,08	Perus	Perus	25,85	34,04	0
	Yhteensä	68,08	9,04	10,85	25,85	34,04	0
22.11.2000	NIMED 100 mg 100 tabl	217,29	Perus	Perus	115,37	108,65	93,83
	Yhteensä	217,29	83,64	100,37	115,37	108,65	93,83
1.12.2000	SOMAC 20 mg 100 enterotabl	657,58	Perus	Perus	379,55	328,79	446,06
1.12.2000	COCILLANA 200 ml mikst	37,15	Perus	Perus	7,29	18,58	0
	Yhteensä	694,73	322,36	386,84	386,84	347,37	446,06
22.12.2000	SELOCOMP ZOC 98 depottabl	282,84	Alempi	Perus	154,70	141,42	202,84
	Yhteensä	282,84	193,38	139,70	154,70	141,42	202,84
	Kustannukset yhteensä		4415,56	4415,36	4415,36	4415,36	4415,36
	Potilas maksoi		2249,96	2186,02	2021,02	2207,58	2001,30
	SV-korvaus		2165,60	2229,34	2394,34	2207,78	2414,06

(1) yhdistetyssä luokassa ostokertakohtainen 50 markan omavastuu, jonka ylittävältä osalta korvataan 60 % erityiskorvausluokassa 25 markan ostokertainen omavastuu, jonka ylittävältä osalta korvataan 90 %

(2) yhdistetyssä luokassa lääkekohtainen 25 markan omavastuu, jonka ylittävältä osalta korvataan 60 % erityiskorvausluokassa 12,50 markan lääkekohtainen omavastuu, jonka ylittävältä osalta korvataan 90 %

(3) yhdistetyssä luokassa 50 %:n korvaus, erityiskorvausluokassa 96 %:n korvaus, ei kiinteitä omavastuita

(4) vain yksi korvausluokka, jossa 100 markan lääkekohtainen omavastuu, jonka ylittävältä osalta korvataan 80 %.

#### **Henkilö 4**

Henkilö 4 on kuusivuotias poika, joka on saanut vuoden aikana kolme mikrobilääkekuuria. Lääkkeet ovat nykyjärjestelmässä peruskorvattavia.

Nykyjärjestelmästä kehitetyssä mallissa potilaan maksuosuus pienenee. Lääkekohtainen omavastuu olisi potilaalle ostokertakohtaista omavastuuta edullisempi, koska kaksi ostokerrosta sisältää vain yhden lääkkeen.

Kustannusperusteisessa mallissa edullisimmat mikrobilääkkeet jäisivät kokonaan potilaan maksettaviksi ja kalliimpienkin korvaus pienenee.

Henkilö 4: 6-vuotias poika

		Nykyjärjestelmän kehittäminen					
		Nykyjärjestelmä		(peruskorvausluokka ja alempi erityiskorvausluokka yhdistetty)			Uusi malli (4)
Ostopäivä	Lääkkeet	Kustannus	Korvaus/ korvaus- luokka	Ostokertakohtainen omavastuu (1)	Lääkekohtainen omavastuu (2)	Prosenttiperusteinen omavastuu (3)	Korvaus
				Korvaus/ korvausluokka	Korvaus	Korvaus	
19.1.2000	DITRIM DUPLO 30 ml mikst	22,56	Perus	Perus	0	11,28	0
19.1.2000	DITRIM DUPLO 50 ml mikst	29,00	Perus	Perus	2,40	14,50	0
	Yhteensä	51,56	0,78	0,94	2,40	25,78	0
11.8.2000	DURACEF 100 mg/ml 100 ml jauhe	151,78	Perus	Perus	76,07	75,89	41,42
	Yhteensä	151,78	50,89	61,07	76,07	75,89	41,42
14.12.2000	DURACEF 100 mg/ml 100 ml jauhe	151,78	Perus	Perus	76,07	75,89	41,42
	Yhteensä	151,78	50,89	61,07	76,07	75,89	41,42
	Kustannukset yhteensä		355,12	355,12	355,12	355,12	355,12
	Potilas maksoi		252,56	232,04	200,58	177,56	272,27
	SV-korvaus		102,56	123,08	154,54	177,56	82,85

(1) yhdistetyssä luokassa ostokertakohtainen 50 markan omavastuu, jonka ylittävältä osalta korvataan 60 %

erityiskorvausluokassa 25 markan ostokertainen omavastuu, jonka ylittävältä osalta korvataan 90 %

(2) yhdistetyssä luokassa lääkekohtainen 25 markan omavastuu, jonka ylittävältä osalta korvataan 60 %

erityiskorvausluokassa 12,50 markan lääkekohtainen omavastuu, jonka ylittävältä osalta korvataan 90 %

(3) yhdistetyssä luokassa 50 %:n korvaus, erityiskorvausluokassa 96 %:n korvaus, ei kiinteitä omavastuita

(4) vain yksi korvausluokka, jossa 100 markan lääkekohtainen omavastuu, jonka ylittävältä osalta korvataan 80 %.

## **Henkilö 5**

Henkilö 5 on 42-vuotias mies, jolla on erityiskorvattavat (75 %) astmalääkkeet. Lisäksi hän on vuoden aikana käyttänyt useita peruskorvattuja nenän tukkoisuuteen ja allergiaan tarkoitettuja valmisteita ja antibioottikuureja.

Nykyjärjestelmästä kehitetyssä mallissa astmalääkkeistä maksettaisiin peruskorvauksia. Potilaan maksuosuus koko vuoden lääkekustannuksista joko laskisi tai nousisi hieman riippuen siitä, mitä omavastuun laskutapaa käytetään.

Kustannusperusteisessa mallissa potilaan maksuosuus kasvaisi selvästi. Lähes kaikkien lääkkeiden korvaukset vähenisivät nykyisestä ja osa jäisi potilaan kokonaan maksettavaksi.

**Henkilö 5: 42-vuotias mies, jolla erityiskorvattavat astmalääkkeet**

		Nykyjärjestelmä		Nykyjärjestelmän kehittäminen (peruskorvausluokka ja alempi erityiskorvausluokka yhdistetty)			Uusi malli (4)
Ostopäivä	Lääkkeet	Kustannus	Korvaus/ korvaus- luokka	Ostokertakohtainen omavastuu (1)	Lääkekohtainen omavastuu (2)	Prosenttiperusteinen omavastuu (3)	Korvaus
				Korvaus/ korvausluokka	Korvaus	Korvaus	
28.1.2000	APOCYCLIN 500 mg 100 tabl	115,23	Perus	Perus	54,14	57,62	12,18
	Yhteensä	115,23	32,62	39,14	54,14	57,62	12,18
10.3.2000	RHINOCORT AQUA 64 mikrog/dos 120 dos	124,15	Perus	Perus	59,49	62,08	19,32
	Yhteensä	124,15	37,08	44,49	59,49	62,08	19,32
7.4.2000	KESTINE 10 mg 100 tabl	253,58	Perus	Perus	137,15	126,79	122,86
7.4.2000	APOCYCLIN 500 mg 100 tabl	115,23	Perus	Perus	54,14	57,62	12,18
7.4.2000	PULMICORT TURBUHALER 200 mikrog/dos 200 dos	360,85	Alempi	Perus	201,51	180,43	208,68
7.4.2000	BRICANYL TURBUHALER 0.25 mg/dos 200 dos	94,82	Alempi	Perus	41,89	47,41	0,00
	Yhteensä	824,48	482,40	464,69	434,69	412,24	343,73
3.5.2000	RHINOCORT AQUA 64 mikrog/dos 120 dos	124,15	Perus	Perus	59,49	62,08	19,32
	Yhteensä	124,15	37,08	44,49	59,49	62,08	19,32
6.6.2000	APOCYCLIN 500 mg 100 tabl	115,23	Perus	Perus	54,14	57,62	12,18
6.6.2000	RHINOCORT AQUA 64 mikrog/dos 120 dos	124,15	Perus	Perus	59,49	62,08	19,32
	Yhteensä	239,38	94,69	113,63	113,63	119,69	31,50

**Henkilö 5: 42-vuotias mies, jolla erityiskorvattavat astmalääkkeet**

		Nykyjärjestelmä		Nykyjärjestelmän kehittäminen (peruskorvausluokka ja alempi erityiskorvausluokka yhdistetty)			Uusi malli (4)
Ostopäivä	Lääkkeet	Kustannus	Korvaus/ korvaus- luokka	Ostokertakohtainen omavastuu (1)	Lääkekohtainen omavastuu (2)	Prosenttiperusteinen omavastuu (3)	Korvaus
				Korvaus/ korvausluokka	Korvaus	Korvaus	
21.8.2000	PULMICORT TURBUHALER 200 mikrog/dos 200 dos	360,85	Alempi	Perus	201,51	180,43	208,68
21.8.2000	APOCYCLIN 500 mg 100 tabl	115,23	Perus	Perus	54,14	57,62	12,18
21.8.2000	RHINOCORT AQUA 64 mikrog/dos 120 dos	124,15	Perus	Perus	59,49	62,08	19,32
	Yhteensä	600,23	346,58	330,14	315,14	300,12	240,18
14.9.2000	BECLONASAL FORTE AQUA 100 mikrog/dos 200 dos	117,36	Perus	Perus	55,42	58,68	13,89
14.9.2000	ZYRTEC 10 mg 100 tabl	253,23	Perus	Perus	136,94	126,62	122,58
	Yhteensä	370,59	160,30	192,35	192,35	185,30	136,47
1.11.2000	APOCYCLIN 500 mg 100 tabl	115,23	Perus	Perus	54,14	57,62	12,18
1.11.2000	PULMICORT TURBUHALER 200 mikrog/dos 200 dos	360,85	Alempi	Perus	201,51	180,43	208,68
1.11.2000	BECLONASAL FORTE AQUA 100 mikrog/dos 200 dos	117,36	Perus	Perus	55,42	58,68	13,89
	Yhteensä	593,44	343,18	326,06	311,06	296,72	234,75

**Henkilö 5: 42-vuotias mies, jolla erityiskorvattavat astmalääkkeet**

		Nykyjärjestelmän kehittäminen (peruskorvausluokka ja alempi erityiskorvausluokka yhdistetty)					Uusi malli (4)
		Nykyjärjestelmä		Ostokertakohtainen omavastuu (1)	Lääkekohtainen omavastuu (2)	Prosenttiperusteinen omavastuu (3)	
Ostopäivä	Lääkkeet	Kustannus	Korvaus/ korvaus- luokka	Korvaus/ korvausluokka	Korvaus	Korvaus	Korvaus
7.11.2000	BECLONASAL FORTE AQUA 100 mikrog/dos 200 dos	117,36	Perus	Perus	55,42	58,68	13,89
7.11.2000	DAKTACORT 30 g emuls voide	55,03	Perus	Perus	18,02	27,52	0
7.11.2000	DAKTARIN 20 g puuteri	46,19	Perus	Perus	12,71	23,10	0
	Yhteensä	218,58	84,29	101,15	86,15	109,29	13,89
	Kustannukset yhteensä		3210,23	3210,23	3210,23	3210,23	3210,23
	Potilas maksoi		1592,03	1554,09	1529,95	1605,12	2158,88
	SV-korvaus		1618,20	1656,14	1680,28	1605,12	1051,35

(1) yhdistetyssä luokassa ostokertakohtainen 50 markan omavastuu, jonka ylittävältä osalta korvataan 60 %

erityiskorvausluokassa 25 markan ostokertainen omavastuu, jonka ylittävältä osalta korvataan 90 %

(2) yhdistetyssä luokassa lääkekohtainen 25 markan omavastuu, jonka ylittävältä osalta korvataan 60 %

erityiskorvausluokassa 12,50 markan lääkekohtainen omavastuu, jonka ylittävältä osalta korvataan 90 %

(3) yhdistetyssä luokassa 50 %:n korvaus, erityiskorvausluokassa 96 %:n korvaus, ei kiinteitä omavastuita

(4) vain yksi korvausluokka, jossa 100 markan lääkekohtainen omavastuu, jonka ylittävältä osalta korvataan 80 %.



## **Henkilö 6**

Henkilö 6 on 20-vuotias mies, jolla on nuoruusiän diabetes. Diabeteslääkkeet kuuluvat ylempään (100 %) erityiskorvausluokkaan. Diabeteslääkkeiden lisäksi mies on saanut vuoden aikana yhden mikrobilääkekuurin.

Nykyjärjestelmästä kehitetyssä mallissa diabeteslääkkeet kuuluisivat erityiskorvausluokkaan.

Erityiskorvausluokan pienemmän korvausprosentin vuoksi potilaan maksettavaksi jäävät lääkekustannukset kasvaisivat selvästi nykyisestä. Prosenttiperusteinen järjestelmä olisi potilaalle selvästi ostokertakohtaista tai lääkekohtaista omavastuun laskutapaa edullisempi.

Kustannusperusteisessa mallissa potilaan maksuosuus olisi suurin.

**Henkilö 6: 20-vuotias mies, jolla erityiskorvattavat lääkkeet diabetekseen**

		Nykyjärjestelmä		Nykyjärjestelmän kehittäminen (peruskorvausluokka ja alempi erityiskorvausluokka yhdistetty)			Uusi malli (4)
Ostopäivä	Lääkkeet	Kustannus	Korvaus/ korvaus- luokka	Ostokertakohtainen omavastuu (1)	Lääkekohtainen omavastuu (2)	Prosenttiperusteinen omavastuu (3)	Korvaus
				Korvaus/ korvausluokka	Korvaus	Korvaus	
5.1.2000	HUMALOG PEN 100 U/ml 2*5x3 ml inj	673,20	Ylempi	Erityis	594,63	646,27	458,56
5.1.2000	MIXTARD 20/80 PENFILL 100 IU/ml 2*5x3 ml	456,48	Ylempi	Erityis	399,58	438,22	285,18
5.1.2000	MIXTARD 30/70 PEN 100 IU/ml 2*5x3 ml	548,48	Ylempi	Erityis	482,38	526,54	358,78
	Yhteensä	1678,16	1653,16	1487,84	1476,59	1611,03	1102,53
14.4.2000	HUMALOG PEN 100 U/ml 2*5x3 ml inj	673,20	Ylempi	Erityis	594,63	646,27	458,56
14.4.2000	MIXTARD 20/80 PENFILL 100 IU/ml 2*5x3 ml	456,52	Ylempi	Erityis	399,62	438,26	285,22
14.4.2000	MIXTARD 30/70 PEN 100 IU/ml 2*5x3 ml	550,28	Ylempi	Erityis	484,00	528,27	360,22
	Yhteensä	1680,00	1655,00	1489,50	1478,25	1612,80	1104,00
28.8.2000	HUMALOG PEN 100 U/ml 2*5x3 ml inj	673,20	Ylempi	Erityis	594,63	646,27	458,56
28.8.2000	MIXTARD 20/80 PENFILL 100 IU/ml 2*5x3 ml	456,48	Ylempi	Erityis	399,58	438,22	285,18
28.8.2000	MIXTARD 30/70 PEN 100 IU/ml 2*5x3 ml	548,48	Ylempi	Erityis	482,38	526,54	358,78
	Yhteensä	1678,16	1653,16	1487,84	1476,59	1611,03	1102,53
1.10.2000	APOCYCLIN 250 mg 2*32 tabl	68,52	Perus	Perus	26,11	34,26	0,00
	Yhteensä	68,52	9,26	11,11	26,11	34,26	0,00
30.11.2000	MIXTARD 30/70 PEN 100 IU/ml 2*5x3 ml	550,28	Ylempi	Erityis	484,00	528,27	360,22
30.11.2000	PROTAPHAN 100 IU/ml 5x3 ml inj pen	276,38	Ylempi	Erityis	237,49	265,32	141,10
30.11.2000	HUMALOG PEN 100 U/ml 2*5x3 ml inj	673,20	Ylempi	Erityis	594,63	646,27	458,56
	Yhteensä	1499,86	1474,86	1327,37	1316,12	1439,87	959,89

**Henkilö 6: 20-vuotias mies, jolla erityiskorvattavat lääkkeet diabetekseen**

		Nykyjärjestelmä	Nykyjärjestelmän kehittäminen (peruskorvausluokka ja alempi erityiskorvausluokka yhdistetty)			Uusi malli (4)
			Ostokertakohtainen omavastuu (1)	Lääkekohtainen omavastuu (2)	Prosenttiperusteinen omavastuu (3)	
Ostopäivä	Lääkkeet		Kustannus	Korvaus/ korvaus- luokka	Korvaus	
	Kustannukset yhteensä	6604,70	6604,70	6604,70	6604,70	
	Potilas maksoi	159,26	801,03	831,03	295,71	
	SV-korvaus	6445,44	5803,67	5773,67	6308,99	

(1) yhdistetyssä luokassa ostokertakohtainen 50 markan omavastuu, jonka ylittävältä osalta korvataan 60 %

erityiskorvausluokassa 25 markan ostokertainen omavastuu, jonka ylittävältä osalta korvataan 90 %

(2) yhdistetyssä luokassa lääkekohtainen 25 markan omavastuu, jonka ylittävältä osalta korvataan 60 %

erityiskorvausluokassa 12,50 markan lääkekohtainen omavastuu, jonka ylittävältä osalta korvataan 90 %

(3) yhdistetyssä luokassa 50 %:n korvaus, erityiskorvausluokassa 96 %:n korvaus, ei kiinteitä omavastuita

(4) vain yksi korvausluokka, jossa 100 markan lääkekohtainen omavastuu, jonka ylittävältä osalta korvataan 80 %.

## **Henkilö 7**

Henkilö 7 on 54-vuotias nainen, jolla on erityiskorvaus reumalääkkeisiin. Hän käyttää kuitenkin pääasiassa erityisluvalla saatavia tai muusta syystä peruskorvaukseen oikeuttavia reumalääkkeitä. Lisäksi henkilö käyttää kipulääkkeitä ja estrogeenihormoneja.

Nykyjärjestelmästä kehitetyissä malleissa potilaan osuus lääkekustannuksista pienenesi nykyisestä, koska lääkkeet ovat pääasiassa peruskorvattavia.

Kustannusperusteisessa mallissa osa potilaan hankkimista edullisista valmisteista jäisi kokonaan korvauksen ulkopuolelle. Hänen käyttämänsä reumalääkkeet ovat kustannuksiltaan kuitenkin niin kalliita, että kustannusperusteisessa mallissa hänen maksuosuutensa koko vuoden lääkkeistä olisi kaikkein pienin.

Henkilö 7: 54-vuotias nainen, jolla erityiskorvattavat reumalääkkeet

		Nykyjärjestelmä		Nykyjärjestelmän kehittäminen (peruskorvausluokka ja alempi erityiskorvausluokka yhdistetty)			Uusi malli (4)
Ostopäivä	Lääkkeet	Kustannus	Korvaus/ korvaus- luokka	Ostokertakohtainen omavastuu (1)	Lääkekohtainen omavastuu (2)	Prosenttiperusteinen omavastuu (3)	Korvaus
				Korvaus/ korvausluokka	Korvaus	Korvaus	
11.2.2000	BURANA 400mg 2*100 tabl	232,98	Perus	Perus	124,79	116,49	106,38
	Yhteensä	232,98	91,49	109,79	124,79	116,49	106,38
13.4.2000	PROGYNOVA 2mg 100 tabl	98,44	Perus	Perus	44,06	49,22	0,00
13.4.2000	TREXAN 2.5 mg 30 tabl	59,18	Alempi	Perus	20,51	29,59	0,00
	Yhteensä	157,62	49,85	64,57	64,57	78,81	0,00
17.5.2000	SENIKOLP 100 g emätinvoide	54,76	Perus	Perus	17,86	27,38	0,00
	Yhteensä	54,76	2,38	2,86	17,86	27,38	0,00
22.5.2000	BURANA 400mg 100 tabl	117,73	Perus	Perus	55,64	58,87	14,18
	Yhteensä	117,73	33,86	40,64	55,64	58,87	14,18
30.5.2000	SELEXID 200 mg 20 tabl	81,21	Perus	Perus	33,73	40,61	0,00
	Yhteensä	81,21	15,60	18,73	33,73	40,61	0,00
19.6.2000	TREXAN 2.5 mg 30 tabl	59,18	Alempi	Perus	20,51	29,59	0,00
	Yhteensä	59,18	25,63	5,51	20,51	29,59	0,00
31.7.2000	BURANA 400mg 100 tabl	85,64	Perus	Perus	36,38	42,82	0,00
31.7.2000	REUMACON (ERIT.LUPA/T) 50 mg 100 enter	740,50	Perus	Perus	429,30	370,25	512,40
	Yhteensä	826,14	388,07	465,68	465,68	413,07	512,40

Henkilö 7: 54-vuotias nainen, jolla erityiskorvattavat reumalääkkeet

		Nykyjärjestelmä		Nykyjärjestelmän kehittäminen (peruskorvausluokka ja alempi erityiskorvausluokka yhdistetty)			Uusi malli (4)
Ostopäivä	Lääkkeet	Kustannus	Korvaus/ korvaus- luokka	Ostokertakohtainen omavastuu (1)	Lääkekohtainen omavastuu (2)	Prosenttiperusteinen omavastuu (3)	Korvaus
				Korvaus/ korvausluokka	Korvaus	Korvaus	
18.8.2000	PROGYNOVA 2mg 100 tabl	98,44	Perus	Perus	44,06	49,22	0,00
18.8.2000	REUMACON (ERIT.LUPA/T) 50 mg 100 enter	740,50	Perus	Perus	429,30	370,25	512,40
	Yhteensä	838,94	394,47	473,36	473,36	419,47	512,40
4.9.2000	REUMACON (ERIT.LUPA/T) 50 mg 100 enter	740,50	Perus	Perus	429,30	370,25	512,40
	Yhteensä	740,50	345,25	414,30	429,30	370,25	512,40
15.9.2000	REUMACON (ERIT.LUPA/T) 50 mg 100 enter	740,50	Perus	Perus	429,30	370,25	512,40
15.9.2000	BURANA 400mg 100 tabl	85,64	Perus	Perus	36,38	42,82	0,00
	Yhteensä	826,14	388,07	465,68	465,68	413,07	512,40
27.10.2000	ARAVA 20 mg 30 tabl	551,01	Perus	Perus	315,61	275,51	360,81
	Yhteensä	551,01	250,50	300,61	315,61	275,51	360,81
28.11.2000	ARAVA 20 mg 30 tabl	551,01	Perus	Perus	315,61	275,51	360,81
	Yhteensä	551,01	250,50	300,61	315,61	275,51	360,81
4.12.2000	PROGYNOVA 2mg 100 tabl	98,44	Perus	Perus	44,06	49,22	0,00
	Yhteensä	98,44	24,22	29,06	44,06	49,22	0,00
28.12.2000	ARAVA 20 mg 30 tabl	551,01	Perus	Perus	315,61	275,505	360,81
	Yhteensä	551,01	250,50	300,61	315,61	275,505	360,81

**Henkilö 7: 54-vuotias nainen, jolla erityiskorvattavat reumalääkkeet**

		Nykyjärjestelmä	Nykyjärjestelmän kehittäminen (peruskorvausluokka ja alempi erityiskorvausluokka yhdistetty)			Uusi malli (4)
			Ostokertakohtainen omavastuu (1)	Lääkekohtainen omavastuu (2)	Prosenttiperusteinen omavastuu (3)	
Ostopäivä	Lääkkeet		Kustannus	Korvaus/ korvaus- luokka	Korvaus	
	Kustannukset yhteensä	5686,67	5686,67	5686,67	5686,67	
	Potilas maksoi	3176,28	2694,67	2544,67	2843,34	
	SV-korvaus	2510,39	2992,00	3142,00	2843,34	

(1) yhdistetyssä luokassa ostokertakohtainen 50 markan omavastuu, jonka ylittävältä osalta korvataan 60 %

erityiskorvausluokassa 25 markan ostokertainen omavastuu, jonka ylittävältä osalta korvataan 90 %

(2) yhdistetyssä luokassa lääkekohtainen 25 markan omavastuu, jonka ylittävältä osalta korvataan 60 %

erityiskorvausluokassa 12,50 markan lääkekohtainen omavastuu, jonka ylittävältä osalta korvataan 90 %

(3) yhdistetyssä luokassa 50 %:n korvaus, erityiskorvausluokassa 96 %:n korvaus, ei kiinteitä omavastuita

(4) vain yksi korvausluokka, jossa 100 markan lääkekohtainen omavastuu, jonka ylittävältä osalta korvataan 80 %.

## Henkilö 8

Henkilö 8 on 38-vuotias nainen, jolla on erityiskorvattavat (100 %) psykoosilääkkeet. Näiden lisäksi hän on vuoden aikana käyttänyt kolme mikrobilääkekuuria, tyroksiinia sekä saanut aikuistyyppin diabeteksen hoitoon tarkoitetun lääkkeen. Nämä ovat olleet peruskorvattavia.

Nykyjärjestelmästä kehitetyissä malleissa potilaan psyykenlääkkeet kuuluisivat edelleen erityiskorvausluokkaan. Koska ostokertakohtaisella ja lääkekohtaisella omavastuun laskutavalla luokan keskimääräinen korvausprosentti olisi nykyjärjestelmän prosenttia pienempi, kasvaisi potilaan maksuosuus nykyisestä huomattavasti. Prosenttiperusteisessa laskutavassa potilaan maksuosuus pienenesi kiinteiden omavastuiden poistumisen vuoksi.

Kustannusperusteisessa mallissa edullisimmat psyykenlääkkeet jäisivät korvausjärjestelmän ulkopuolelle ja korvausjärjestelmään jäävien korvaus pienenesi. Potilaan kustannukset nousisivat lähes 4 500 markkaan, joka on selvästi yli nykyisen vuotuisen omavastuurajan. Olettaen, että vuotuinen omavastuuraja olisi nykyisen suuruinen, ei potilaalla kuitenkaan olisi oikeutta lisäkorvauksiin, koska osa ostoista jää järjestelmän ulkopuolelle ja korvattavien lääkkeiden omavastuu olisi vain noin 2 500 markkaa.



**Henkilö 8: 38-vuotias nainen, jolla erityiskorvattavat psykoosilääkkeet**

		Nykyjärjestelmä		Nykyjärjestelmän kehittäminen (peruskorvausluokka ja alempi erityiskorvausluokka yhdistetty)			Uusi malli (4)
Ostopäivä	Lääkkeet	Kustannus	Korvaus/ korvaus- luokka	Ostokertakohtainen omavastuu (1)	Lääkekohtainen omavastuu (2)	Prosenttiperusteinen omavastuu (3)	
				Korvaus/ korvausluokka	Korvaus	Korvaus	Korvaus
10.1.2000	LITO 300 mg 2*100 tabl	54,58	Ylempi	Erityis	37,87	52,40	0,00
	Yhteensä	54,58	29,58	26,62	37,87	52,40	0,00
28.1.2000	PERATSIN 4 mg 100 tabl	57,56	Ylempi	Erityis	40,55	55,26	0,00
28.1.2000	LEVOZIN 50 mg 30 tabl	33,28	Ylempi	Erityis	18,70	31,95	0,00
	Yhteensä	90,84	65,84	59,26	59,26	87,21	0,00
23.2.2000	LEVOZIN 50 mg 30 tabl	33,28	Ylempi	Erityis	18,70	31,95	0,00
23.2.2000	PERATSIN 4 mg 100 tabl	57,56	Ylempi	Erityis	40,55	55,26	0,00
23.2.2000	CIPRAMIL 40 mg 100 tabl	1332,33	Ylempi	Erityis	1187,85	1279,04	985,86
23.2.2000	LITO 300 mg 2*100 tabl	54,58	Ylempi	Erityis	37,87	52,40	0,00
	Yhteensä	1477,75	1452,75	1307,48	1284,98	1418,64	985,86
23.3.2000	RISPERDAL 1 mg 2*6 tabl	89,96	Ylempi	Erityis	69,71	86,36	0,00
	Yhteensä	89,96	64,96	58,46	69,71	86,36	0,00
31.3.2000	LEVOZIN 50 mg 30 tabl	33,28	Ylempi	Erityis	18,70	31,95	0,00
31.3.2000	LITO 300 mg 2*100 tabl	54,58	Ylempi	Erityis	37,87	52,40	0,00
31.3.2000	RISPERDAL 1 mg 2*6 tabl	89,96	Ylempi	Erityis	69,71	86,36	0,00
	Yhteensä	177,82	152,82	137,54	126,29	170,71	0,00
12.4.2000	RISPERDAL 1 mg 2*6 tabl	89,96	Ylempi	Erityis	69,71	86,36	0,00
	Yhteensä	89,96	64,96	58,46	69,71	86,36	0,00
26.4.2000	RISPERDAL 1 mg 60 tabl	374,54	Ylempi	Erityis	325,84	359,56	219,63
	Yhteensä	374,54	349,54	314,59	325,84	359,56	219,63

Henkilö 8: 38-vuotias nainen, jolla erityiskorvattavat psykoosilääkkeet

		Nykyjärjestelmä		Nykyjärjestelmän kehittäminen (peruskorvausluokka ja alempi erityiskorvausluokka yhdistetty)			Uusi malli (4)
Ostopäivä	Lääkkeet	Kustannus	Korvaus/ korvaus- luokka	Ostokertakohtainen omavastuu (1)	Lääkekohtainen omavastuu (2)	Prosenttiperusteinen omavastuu (3)	
				Korvaus/ korvausluokka	Korvaus	Korvaus	Korvaus
22.5.2000	CIPRAMIL 40 mg 100 tabl	1332,33	Ylempi	Erityis	1187,85	1279,04	985,86
22.5.2000	LITO 300 mg 2*100 tabl	54,58	Ylempi	Erityis	37,87	52,40	0,00
22.5.2000	LEVOZIN 50 mg 100 tabl	86,81	Ylempi	Erityis	66,88	83,34	0,00
	Yhteensä	1473,72	1448,72	1303,85	1292,60	1414,77	985,86
14.6.2000	RISPERDAL 1 mg 60 tabl	374,54	Ylempi	Erityis	325,84	359,56	219,63
14.6.2000	LEVOZIN 50 mg 100 tabl	86,81	Ylempi	Erityis	66,88	83,34	0,00
	Yhteensä	461,35	436,35	392,72	392,72	442,90	219,63
1.7.2000	EFEXOR DEPOT 75 mg 14 depotkaps	143,66	Ylempi	Erityis	118,04	137,91	34,93
	Yhteensä	143,66	118,66	106,79	118,04	137,91	34,93
14.7.2000	EFEXOR DEPOT 75 mg 28 depotkaps	260,99	Ylempi	Erityis	223,64	250,55	128,79
	Yhteensä	260,99	235,99	212,39	223,64	250,55	128,79
18.7.2000	LEVOZIN 50 mg 100 tabl	86,81	Ylempi	Erityis	66,88	83,34	0,00
18.7.2000	LITO 300 mg 2*100 tabl	54,58	Ylempi	Erityis	37,87	52,40	0,00
	Yhteensä	141,39	116,39	104,75	104,75	135,73	0,00
9.8.2000	LITO 300 mg 2*100 tabl	54,58	Ylempi	Erityis	37,87	52,40	0,00
9.8.2000	RISPERDAL 1 mg 60 tabl	374,54	Ylempi	Erityis	325,84	359,56	219,63
9.8.2000	EFEXOR DEPOT 75 mg 2*28 depotkaps	519,50	Ylempi	Erityis	456,30	498,72	335,60
	Yhteensä	948,62	923,62	831,26	820,01	910,68	555,23
21.8.2000	LEVOZIN 50 mg 100 tabl	86,81	Ylempi	Erityis	66,88	83,34	0,00
	Yhteensä	86,81	61,81	55,63	66,88	83,34	0,00

Henkilö 8: 38-vuotias nainen, jolla erityiskorvattavat psykoosilääkkeet

		Nykyjärjestelmä		Nykyjärjestelmän kehittäminen (peruskorvausluokka ja alempi erityiskorvausluokka yhdistetty)			Uusi malli (4)
Ostopäivä	Lääkkeet	Kustannus	Korvaus/ korvaus- luokka	Ostokertakohtainen omavastuu (1)	Lääkekohtainen omavastuu (2)	Prosenttiperusteinen omavastuu (3)	
				Korvaus/ korvausluokka	Korvaus	Korvaus	Korvaus
25.9.2000	LITO 300 mg 2*100 tabl	67,28	Ylempi	Erityis	49,30	64,59	0,00
25.9.2000	EFEXOR DEPOT 75 mg 2*28 depotkaps	519,50	Ylempi	Erityis	456,30	498,72	335,60
25.9.2000	LEVOZIN 50 mg 2*100 tabl	171,14	Ylempi	Erityis	142,78	164,29	56,91
	Yhteensä	757,92	732,92	659,63	648,38	727,60	392,51
9.10.2000	RISPERDAL 1 mg 60 tabl	374,54	Ylempi	Erityis	325,84	359,56	219,63
	Yhteensä	374,54	349,54	314,59	325,84	359,56	219,63
10.10.2000	THYROXIN 25 mikrog 100 tabl	32,05	Perus	Perus	4,23	16,03	0,00
10.10.2000	APOCYCLIN 250 mg 100 tabl	65,95	Perus	Perus	24,57	32,98	0,00
	Yhteensä	98,00	24,00	28,80	28,80	49,00	0,00
27.10.2000	DIFLUCAN 150 mg 1 kaps	98,97	Perus	Perus	44,38	49,49	0,00
	Yhteensä	98,97	24,48	29,38	44,38	49,49	0,00
2.11.2000	DIFLUCAN 150 mg 1 kaps	98,97	Perus	Perus	44,38	49,49	0,00
	Yhteensä	98,97	24,48	29,38	44,38	49,49	0,00
27.11.2000	AMARYL 2 mg 90 tabl	226,67	Perus	Perus	121,00	113,34	101,34
27.11.2000	GUAREM 500 g rakeet	109,79	Perus	Perus	50,87	54,90	7,83
27.11.2000	DIFLUCAN 150 mg 4 kaps	308,51	Perus	Perus	170,11	154,26	166,81
27.11.2000	LITO 300 mg 2*100 tabl	67,28	Ylempi	Erityis	49,30	64,59	0,00
27.11.2000	LEVOZIN 50 mg 2*100 tabl	171,14	Ylempi	Erityis	142,78	164,29	56,91
27.11.2000	RISPERDAL 1 mg 60 tabl	374,54	Ylempi	Erityis	325,84	359,56	219,63
	Yhteensä	1257,93	885,44	886,15	859,90	910,93	552,52

**Henkilö 8: 38-vuotias nainen, jolla erityiskorvattavat psykoosilääkkeet**

		Nykyjärjestelmä		Nykyjärjestelmän kehittäminen (peruskorvausluokka ja alempi erityiskorvausluokka yhdistetty)			Uusi malli (4)
Ostopäivä	Lääkkeet	Kustannus	Korvaus/ korvaus- luokka	Ostokertakohtainen omavastuu (1)	Lääkekohtainen omavastuu (2)	Prosenttiperusteinen omavastuu (3)	
				Korvaus/ korvausluokka	Korvaus	Korvaus	Korvaus
7.12.2000	EFEXOR DEPOT 75 mg 2*28 depotkaps	519,50	Ylempi	Erityis	456,30	498,72	335,60
	Yhteensä	519,50	494,50	445,05	456,30	498,72	335,60
	<b>Kustannukset yhteensä</b>		9077,82	9077,82	9077,82	9077,82	9077,82
	<b>Potilas maksoi</b>		1020,47	1715,05	1677,56	795,93	4447,61
	<b>SV-korvaus</b>		8057,35	7362,77	7400,27	8281,89	4630,21

(1) yhdistetyssä luokassa ostokertakohtainen 50 markan omavastuu, jonka ylittävältä osalta korvataan 60 %

erityiskorvausluokassa 25 markan ostokertainen omavastuu, jonka ylittävältä osalta korvataan 90 %

(2) yhdistetyssä luokassa lääkekohtainen 25 markan omavastuu, jonka ylittävältä osalta korvataan 60 %

erityiskorvausluokassa 12,50 markan lääkekohtainen omavastuu, jonka ylittävältä osalta korvataan 90 %

(3) yhdistetyssä luokassa 50 %:n korvaus, erityiskorvausluokassa 96 %:n korvaus, ei kiinteitä omavastuita

(4) vain yksi korvausluokka, jossa 100 markan lääkekohtainen omavastuu, jonka ylittävältä osalta korvataan 80 %.

## **Henkilö 9**

Henkilö 9 on 1-vuotias poika, jolla on erityiskorvattavat (75 %) astmalääkkeet.

Nykyjärjestelmästä kehitetyssä mallissa astmalääkkeet olisivat peruskorvattavia ja potilaan kustannusosuus kasvaisi.

Myös kustannusperusteisessa mallissa potilaan saama korvaus pienenesi nykyisestä.

**Henkilö 9: 1-vuotias lapsi, jolla erityiskorvattavat astmalääkkeet**

Ostopäivä	Lääkkeet	Nykyjärjestelmä		Nykyjärjestelmän kehittäminen (peruskorvausluokka ja alempi erityiskorvausluokka yhdistetty)			Uusi malli (4)
		Kustannus	Korvaus/ korvaus- luokka	Ostokertakohtainen omavastuu (1)	Lääkekohtainen omavastuu (2)	Prosenttiperusteinen omavastuu (3)	
				Korvaus/ korvausluokka	Korvaus	Korvaus	
9.6.2000	PULMICORT 0.25 mg/ml 20x2 ml sumutinsusp	241,80	Perus	Perus	130,08	120,90	113,44
	Yhteensä	241,80	95,90	115,08	130,08	120,90	113,44
30.6.2000	PULMICORT 0.25 mg/ml 20x2 ml sumutinsusp	241,80	Alempi	Perus	130,08	120,90	113,44
	Yhteensä	241,80	162,60	115,08	130,08	120,90	113,44
18.7.2000	PULMICORT 0.25 mg/ml 2*20x2 ml sumutin	481,12	Alempi	Perus	273,67	240,56	304,90
	Yhteensä	481,12	342,09	258,67	273,67	240,56	304,90
17.9.2000	PULMICORT 200 mikrog/dos 200 dos cum neb	551,23	Alempi	Perus	315,74	275,62	360,98
17.9.2000	BRICANYL 0.25 mg/dos 400 dos inhal aerosol	79,71	Alempi	Perus	32,83	39,86	0,00
	Yhteensä	630,94	454,45	348,56	348,56	315,47	360,98
21.11.2000	PULMICORT 200 mikrog/dos 200 dos inhal	303,70	Alempi	Perus	167,22	151,85	162,96
21.11.2000	BRICANYL 0.25 mg/dos 400 dos inhal aerosol	79,71	Alempi	Perus	32,83	39,86	0,00
	Yhteensä	383,41	268,81	200,05	200,05	191,71	162,96

**Henkilö 9: 1-vuotias lapsi, jolla erityiskorvattavat astmalääkkeet**

		Nykyjärjestelmä	Nykyjärjestelmän kehittäminen (peruskorvausluokka ja alempi erityiskorvausluokka yhdistetty)			Uusi malli (4)
			Ostokertakohtainen omavastuu (1)	Lääkekohtainen omavastuu (2)	Prosenttiperusteinen omavastuu (3)	
Ostopäivä	Lääkkeet		Kustannus	Korvaus/ korvaus- luokka	Korvaus	
	Kustannukset yhteensä	1979,07	1979,07	1979,07	1979,07	
	Potilas maksoi	655,22	941,63	896,63	989,54	
	SV-korvaus	1323,85	1037,44	1082,44	989,54	

(1) yhdistetyssä luokassa ostokertakohtainen 50 markan omavastuu, jonka ylittävältä osalta korvataan 60 % erityiskorvausluokassa 25 markan ostokertainen omavastuu, jonka ylittävältä osalta korvataan 90 %

(2) yhdistetyssä luokassa lääkekohtainen 25 markan omavastuu, jonka ylittävältä osalta korvataan 60 % erityiskorvausluokassa 12,50 markan lääkekohtainen omavastuu, jonka ylittävältä osalta korvataan 90 %

(3) yhdistetyssä luokassa 50 %:n korvaus, erityiskorvausluokassa 96 %:n korvaus, ei kiinteitä omavastuita

(4) vain yksi korvausluokka, jossa 100 markan lääkekohtainen omavastuu, jonka ylittävältä osalta korvataan 80 %.